

สภาพการอยู่อาศัยในที่อยู่อาศัยประเภทบ้านเดี่ยวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม :
กรณีศึกษาสมาชิกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทยในเขตกรุงเทพมหานคร

นายชนันต์ แสงสีดา

ศูนย์วิจัยทรัพยากร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเคหะพัฒนศาสตรมหาบัณฑิต

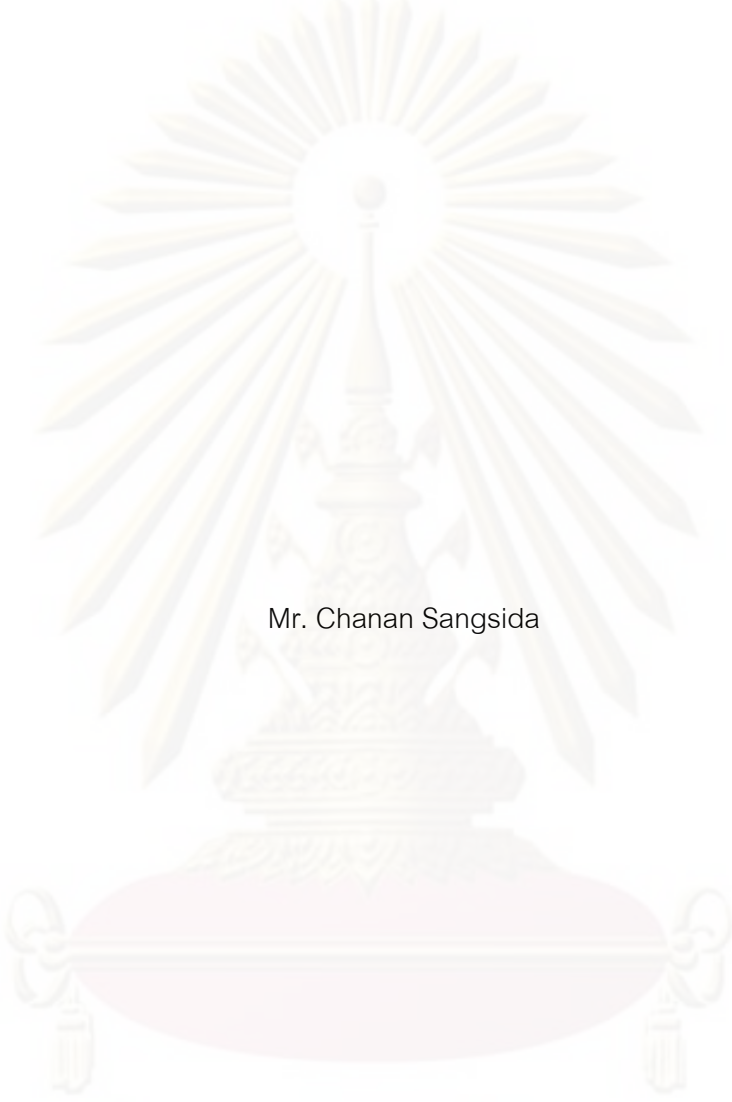
สาขาวิชาเคหการ ภาควิชาเคหการ

คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

LIVING CODITION OF ELDERLY WITH DEMENTIA AT HOME: A CASE STUDY OF THE
ALZHEIMER'S DISEASE AND DISORDER ASSOCIATION ELDERLY, BANGKOK
METROPOLIS.



Mr. Chanan Sangsida

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Housing Development Program in Housing

Department of Housing
Faculty of Architecture
Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

สภาพการอยู่อาศัยในที่อยู่อาศัยประเภทบ้านเดี่ยวของผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะสมองเสื่อม: กรณีศึกษาสมาชิกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วย
สมองเสื่อมแห่งประเทศไทยในเขตกรุงเทพมหานคร

โดย

นายชนันต์ แสงสีดา

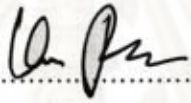
สาขาวิชา

เคหการ

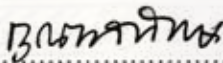
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

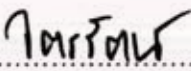
รองศาสตราจารย์ ไตรรัตน์ จารุทัศน์

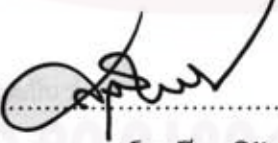
คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารบัณฑิต

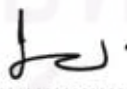

..... คณบดีคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.บัณฑิต จุลาสัย)

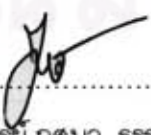
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษณทิพย์ พานิชภัคดี)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ไตรรัตน์ จารุทัศน์)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ สุปรียา นีรัญโร, ศาสตราจารย์ชาน)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ มานพ พงศทัต, ศาสตราจารย์ชาน)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ กุสุมา ธรรมธำรง)

ชนันต์ แสงสีดา: สภาพการอยู่อาศัยในที่อยู่อาศัยประเภทบ้านเดี่ยวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม: กรณีศึกษาสมาชิกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ในเขตกรุงเทพมหานคร. (LIVING CODITION OF ELDERLY WITH DEMENTIA AT HOME A CASE STUDY OF THE ALZHEIMER'S DISEASE AND DISORDER ASSOCIATION ELDERLY, BANGKOK METROPOLIS.) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ.ไตรรัตน์ จารุทัศน์, 259 หน้า.

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในอนาคต ที่จะพบกับอุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งในปัจจุบันโรคสมองเสื่อมแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ตามระยะการดำเนินอาการของโรค ได้แก่ กลุ่มระยะแรก กลุ่มระยะกลาง และกลุ่มระยะสุดท้าย โดยวัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เพื่อศึกษาสภาพสังคม เศรษฐกิจ การอยู่อาศัย และปัญหาการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในรูปแบบที่อยู่อาศัยประเภทบ้านเดี่ยว ใช้การเก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ การสังเกต จดบันทึก และถ่ายภาพ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ร่วมกับทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุต่อไป

จากการศึกษาด้านสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม ได้แก่ ชอบเก็บตัว และทำกิจกรรมของตนอยู่ตามลำพัง ทำให้ผู้สูงอายุมิปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลงเรื่อยๆ ตามระยะการดำเนินอาการของโรค ส่วนในด้านเศรษฐกิจ พบว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ แบ่งเป็นค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าใช้จ่ายภายในบ้าน และค่าจ้างผู้ดูแล เฉลี่ยเดือนละประมาณ 15,000 - 20,000 บาท ซึ่งเพียงพอกับรายได้ครัวเรือน โดยรายได้ส่วนใหญ่จะมาจากญาติของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาด้านสภาพการอยู่อาศัย ตามการแบ่งกลุ่มตามระยะดำเนินอาการของโรค พบว่า กลุ่มระยะแรก ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติไม่มีปัญหาการอยู่อาศัย กลุ่มระยะกลางผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมการอยู่อาศัย ได้แก่ หลงลืม ซุกซ่อนสิ่งของ ก้าวร้าว และเดินวอกวนไปมา ทำให้เกิดปัญหาการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ได้แก่ การเดินหลงออกจากบ้าน การวางเฟอร์นิเจอร์หรือสิ่งของขวางทางเดิน การซุกซ่อนสิ่งของตามที่ต่างๆ และการรื้อค้นสิ่งของ ส่วนในกลุ่มระยะสุดท้ายผู้สูงอายุจะเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยลง ส่งผลให้มีการใช้พื้นที่ภายในที่อยู่อาศัยลดลง โดยพบว่าผู้สูงอายุมีการใช้พื้นที่ห้องนอน และห้องและห้องน้ำมากที่สุด รองลงมาได้แก่ พื้นที่รับประทานอาหาร และห้องนั่งเล่น ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พิจารณาตามระยะการดำเนินอาการของโรค แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ ในกลุ่มระยะแรกและกลุ่มระยะกลาง ควรส่งเสริมให้มีการปรับปรุงพื้นที่ใช้สอยต่างๆ ภายในที่อยู่อาศัย ได้แก่ ห้องนอน ห้องน้ำ ห้องนั่งเล่น พื้นที่รับประทานอาหาร และสวนภายนอก โดยการจัดพื้นที่สำหรับการทำกิจกรรมฝึกความจำต่างๆ ได้แก่ กิจกรรมอ่านหนังสือ เขียนหนังสือ ดูรูปภาพ เล่นเกมส์ลูกปัด ดักลิตติ์ และการสวนต้นไม้ไหว้พระ ส่วนในกลุ่มระยะสุดท้าย ควรส่งเสริมให้มีการปรับปรุงพื้นที่ใช้สอยในห้องนอน และห้องน้ำ โดยการขยายขนาดพื้นที่ใช้สอยเพื่อรองรับการดูแลของผู้ดูแลจำนวน 2-3 คน และควรติดตั้งอุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ ราวจับพยุงตัว ที่นั่งอาบน้ำ และเก้าอี้นั่งพักผ่อน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุได้สะดวกมากขึ้น

ภาควิชา.....เคหการ.....ลายมือชื่อนิสิต.....*Om*
 สาขาวิชา.....เคหการ.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....*ไศรวิทย์*
 ปีการศึกษา.....2552.....

5174112325: MAJOR HOUSING

KEYWORDS: LIVING CODITION / ELDERLY / DEMENTIA

CHANAN SANGSIDA: LIVING CODITION OF ELDERLY WITH DEMENTIA AT HOME: A CASE STUDY OF THE ALZHEIMER'S DISEASE AND DISORDER ASSOCIATION ELDERLY, BANGKOK METROPOLIS. THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF. TRIRAT JARUTACH, 259 pp.

The World Health Organization has been concerned about the increasing number of elderly who are afflicted by dementia. Dementia can be divided into 3 groups according to the progression of the disease: the initial stage, the middle stage and the final stage. The objective of this study was to investigate the social conditions, economic conditions, living conditions and living problems of the elderly with dementia who live in the detached houses. The data were collected by interviewing the subjects, surveying their living conditions and taking photographs. The data were analyzed based on related theories to suggest ways to improve their living conditions.

It was found that the elderly living with dementia liked to keep to themselves and did not want to participate in social activities; as a result, they lost their ability to interact with others as the disease progressed. On average, about 15,000 – 20,000 baht a month was spent on taking care of the elderly, which covered medical expenses, transportation, food, household expenses and a care assistant. Most of the income was from elder relatives.

The initial-stage elderly patients could perform their daily living activities which did not affect their living conditions. The middle-stage elderly patients were forgetful and aggressive, hid things and walked to and fro, causing problems; for example, they got lost when they walked out of the house, left things in the way and created disorder. The final-stage elderly patients could hardly move so they used less space. The elderly patients spent most of their time in the bedroom and bathroom, followed by the dining area and the living room.

It is suggested that the living conditions of elder dementia patients should be adapted to accommodate the initial, middle and final stages of dementia. As for the initial-stage and the middle-stage elderly patients, the bedroom, bathroom, living room, dining area and garden should be modified so that there is space for the patients to perform activities which can help revive their memory such as reading, writing, looking at pictures, solving puzzles, knitting and reciting prayers. As for the final-stage elderly patients, the bedroom and the bathroom should be expanded so that they can accommodate an elderly patient and 2 – 3 care assistants. In addition, facilities such as rails for supporting the patient when they get up or move around, a chair in the bathroom and additional chairs should be provided so that care assistants can better help the patient.

Department : Housing

Student's Signature *Chan*

Field of Study : Housing

Advisor's Signature *Trirat*

Academic Year : 2009

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ ผู้จัดทำวิทยานิพนธ์ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ไตรรัตน์ จารุทัศน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษณทิพย์ พานิชภัคดี หัวหน้าภาควิชาเคหการ เป็นอย่างยิ่งและขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำเพื่อให้งานวิทยานิพนธ์สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ มานพ พงศทัต ที่มอบเงินทุน RECU เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการศึกษาตลอดการทำงานวิทยานิพนธ์ รวมทั้งขอขอบคุณเจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป ภาควิชาเคหการที่คอยช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ ตลอดการเรียนในภาควิชาเคหการ

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงสิรินทร ฉันทศิริกาญจน ที่ให้คำปรึกษาและความรู้ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยสมองเสื่อม ไม่ว่าจะเป็นอาการของโรค พฤติกรรมของผู้ป่วย รวมถึงความรู้ในการจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม ตลอดจนเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลรามธิบดีที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย และแพทย์หญิงโสฬพัทธ์ เหมรัตน์โรจน์ ที่ให้คำปรึกษาและข้อแนะนำที่เป็นประโยชน์ในเรื่องระเบียบวิธีวิจัย และความรู้ด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อให้งานวิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฎ
สารบัญแผนผัง.....	ฐ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ณ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
1.2 วัตถุประสงค์.....	6
1.3 ขอบเขตงานวิจัย.....	7
1.4 ข้อตกลงเบื้องต้น.....	7
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
1.6 วิธีดำเนินการวิจัย.....	8
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 แนวความคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
2.1 สุขภาพและโรคประจำตัวผู้สูงอายุ.....	10
2.2 สมองเสื่อมในผู้สูงอายุ.....	11
2.3 การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและแนวทางปฏิบัติต่อผู้ป่วยสมองเสื่อม.....	16
2.4 แนวคิดในการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่สมองเสื่อม.....	27
2.5 แนวคิดการจัดเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุและคนพิการ....	44
2.6 แนวความคิดเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการในละแวกบ้าน.....	47
2.7 บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	48
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	54
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	54

บทที่	หน้า
3.2 ขั้นตอนในการดำเนินการศึกษา.....	55
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	55
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	56
3.5 การศึกษา วิเคราะห์และสรุปผลการศึกษา.....	58
3.6 ข้อจำกัดในการศึกษา.....	58
บทที่ 4 สภาพการอยู่อาศัยของกรณีศึกษา.....	61
4.1 ข้อมูลสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย.....	61
4.2 ผลการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง.....	62
4.3 ข้อมูลด้านสภาพสังคม เศรษฐกิจ และสภาพการอยู่อาศัย.....	63
4.3.1 กลุ่มระยะแรก.....	63
4.3.1.1 กรณีศึกษาที่ 1.....	63
4.3.1.2 กรณีศึกษาที่ 2.....	67
4.3.1.3 กรณีศึกษาที่ 3.....	71
4.3.1.4 กรณีศึกษาที่ 4.....	75
4.3.1.5 กรณีศึกษาที่ 5.....	79
4.3.1.6 กรณีศึกษาที่ 16.....	84
4.3.2 กลุ่มระยะกลาง.....	88
4.3.2.1 กรณีศึกษาที่ 6.....	88
4.3.2.2 กรณีศึกษาที่ 7.....	92
4.3.2.3 กรณีศึกษาที่ 8.....	96
4.3.2.4 กรณีศึกษาที่ 9.....	101
4.3.2.5 กรณีศึกษาที่ 10.....	105
4.3.2.6 กรณีศึกษาที่ 17.....	109
4.3.2.7 กรณีศึกษาที่ 18.....	112
4.3.3 กลุ่มระยะสุดท้าย.....	117
4.3.3.1 กรณีศึกษาที่ 11.....	117
4.3.3.2 กรณีศึกษาที่ 12.....	122
4.3.3.3 กรณีศึกษาที่ 13.....	127

บทที่

หน้า

4.3.3.4	กรณีศึกษาที่ 14.....	133
4.3.3.5	กรณีศึกษาที่ 15.....	139
4.3.3.6	กรณีศึกษาที่ 19.....	144
4.3.3.7	กรณีศึกษาที่ 20.....	148

บทที่ 5 สภาพปัญหาการอยู่อาศัยของกรณีศึกษา..... 154

5.1 กลุ่มระยะแรก..... 154

5.1.1	กรณีศึกษาที่ 1.....	154
5.1.2	กรณีศึกษาที่ 2.....	155
5.1.3	กรณีศึกษาที่ 3.....	157
5.1.4	กรณีศึกษาที่ 4.....	158
5.1.5	กรณีศึกษาที่ 5.....	159
5.1.6	กรณีศึกษาที่ 16.....	161

5.2 กลุ่มระยะกลาง..... 162

5.2.1	กรณีศึกษาที่ 6.....	162
5.2.2	กรณีศึกษาที่ 7.....	164
5.2.3	กรณีศึกษาที่ 8.....	165
5.2.4	กรณีศึกษาที่ 9.....	167
5.2.5	กรณีศึกษาที่ 10.....	168
5.2.6	กรณีศึกษาที่ 17.....	170
5.2.7	กรณีศึกษาที่ 18.....	171

5.3 กลุ่มระยะสุดท้าย..... 172

5.3.1	กรณีศึกษาที่ 11.....	172
5.3.2	กรณีศึกษาที่ 12.....	174
5.3.3	กรณีศึกษาที่ 13.....	175
5.3.4	กรณีศึกษาที่ 14.....	177
5.3.5	กรณีศึกษาที่ 15.....	178
5.3.6	กรณีศึกษาที่ 19.....	180
5.3.7	กรณีศึกษาที่ 20.....	181

บทที่	ญ หน้า
5.4 สรุปผลการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ปัญหาการอยู่อาศัย.....	183
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ.....	184
6.1 ข้อมูลสภาพสังคม เศรษฐกิจ และการอยู่อาศัย.....	184
6.1.1 กลุ่มระยะแรก.....	184
6.1.2 กลุ่มระยะกลาง.....	185
6.1.3 กลุ่มระยะสุดท้าย.....	186
6.2 ข้อมูลสภาพปัญหาการอยู่อาศัย.....	187
6.2.1 กลุ่มระยะแรก.....	187
6.2.2 กลุ่มระยะกลาง.....	188
6.2.3 กลุ่มระยะสุดท้าย.....	188
6.3 ข้อเสนอแนะ.....	189
6.3.1 กลุ่มระยะแรก.....	189
6.3.2 กลุ่มระยะกลาง.....	196
6.3.3 กลุ่มระยะสุดท้าย.....	203
6.4 สรุปข้อเสนอแนะการปรับปรุงในแต่ละกรณีศึกษา ตามพื้นที่ใช้สอยต่างๆ.....	210
6.5 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล หลังการให้ข้อเสนอแนะ.....	215
6.6 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ.....	217
6.7 สรุปและเสนอแนะ.....	222
รายการอ้างอิง.....	224
ภาคผนวก	226
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	259

กลุ่มบริหารทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
ตารางที่ 2.1	แสดงระยะดำเนินการและระดับความจำเป็นของผู้ป่วยสมองเสื่อม	15
ตารางที่ 2.2	แสดงแนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน	17
ตารางที่ 2.3	แสดงขนาดพื้นที่ใช้สอยขั้นต่ำสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม	39
ตารางที่ 2.4	แสดงสรุปแนวคิดในการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสมองเสื่อมในต่างประเทศ	41
ตารางที่ 2.5	แสดงสรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	50
ตารางที่ 3.1	แสดงกรอบแนวคิดงานวิจัย	60
ตารางที่ 4.1	แสดงผลการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด 20 กลุ่มตัวอย่าง...	62
ตารางที่ 4.2	แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 1 และผู้ดูแล.....	64
ตารางที่ 4.3	แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 2 และผู้ดูแล.....	69
ตารางที่ 4.4	แสดงกิจวัตรประจำวันของ กรณีศึกษาที่ 3 และผู้ดูแล.....	73
ตารางที่ 4.5	แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 4 และผู้ดูแล.....	76
ตารางที่ 4.6	แสดงกิจวัตรประจำวันของ กรณีศึกษาที่ 5 และผู้ดูแล.....	81
ตารางที่ 4.7	แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 16 และผู้ดูแล.....	85
ตารางที่ 4.8	แสดงกิจวัตรประจำวันของ กรณีศึกษาที่ 6 และผู้ดูแล.....	89
ตารางที่ 4.9	แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 7 และผู้ดูแล.....	94
ตารางที่ 4.10	แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 8 และผู้ดูแล.....	98
ตารางที่ 4.11	แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 9 และผู้ดูแล.....	102
ตารางที่ 4.12	แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 10 และผู้ดูแล.....	106
ตารางที่ 4.13	แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 17 และผู้ดูแล.....	110
ตารางที่ 4.14	แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 18 และผู้ดูแล.....	114
ตารางที่ 4.15	แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 11 และผู้ดูแล.....	119
ตารางที่ 4.16	แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 12 และผู้ดูแล.....	125
ตารางที่ 4.17	แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 13 และผู้ดูแล.....	130
ตารางที่ 4.18	แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 14 และผู้ดูแล.....	135
ตารางที่ 4.19	แสดงกิจวัตรประจำวันและงานอดิเรกของกรณีศึกษาที่ 15 และผู้ดูแล...	141
ตารางที่ 4.20	แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 19 และผู้ดูแล.....	146

ตารางที่		หน้า
ตารางที่ 4.21	แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 20 และผู้ดูแล.....	150
ตารางที่ 4.22	แสดงเปรียบเทียบสภาพสังคม เศรษฐกิจ และการอยู่อาศัยของกลุ่ม ตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มตัวอย่าง.....	153
ตารางที่ 6.1	แสดงข้อเสนอแนะในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในอยู่อาศัยของผู้ป่วย ทั้ง 3 ระยะอาการ.....	223



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพที่	หน้า
แผนผังที่ 6.6 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 16 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย.....	195
แผนผังที่ 6.7 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 6 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย.....	196
แผนผังที่ 6.8 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 7 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย.....	197
แผนผังที่ 6.9 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 8 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย.....	198
แผนผังที่ 6.10 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 9 ตามข้อเสนอแนะ.....	199
แผนผังที่ 6.11 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 10 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย.....	200
แผนผังที่ 6.12 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 17 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย.....	201
แผนผังที่ 6.13 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 18 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย.....	202
แผนผังที่ 6.14 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 11 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย.....	203
แผนผังที่ 6.15 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 12 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย.....	204
แผนผังที่ 6.16 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 13 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย.....	205
แผนผังที่ 6.17 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 14 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย.....	206
แผนผังที่ 6.18 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 15 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย.....	207
แผนผังที่ 6.19 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 19 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย.....	208
แผนผังที่ 6.20 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 20 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย.....	209

สารบัญแผนภูมิ

ภาพที่		หน้า
แผนภูมิที่ 1.1	แสดงปิรามิดประชากรไทย.....	1
แผนภูมิที่ 1.2	แสดงแนวโน้มภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในปี 2543-2573	2
แผนภูมิที่ 1.3	แสดงการคาดการณ์ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในไทย พ.ศ.2548-2593	3
แผนภูมิที่ 1.4	แสดงความชุกของโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ	4
แผนภูมิที่ 1.5	แสดงการเปรียบเทียบช่วงเวลาจากสาเหตุการเสียชีวิต 3 สาเหตุ	5
แผนภูมิที่ 1.6	แสดงความบกพร่องในการดำเนินกิจกรรมประจำวันตามความรุนแรงของโรค	6
แผนภูมิที่ 6.1	แสดงความต้องการด้านสังคมของผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะอาการ.....	186
แผนภูมิที่ 6.2	แสดงระดับรายได้ครัวเรือน ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และที่มาของรายได้ ทั้ง 3 ระยะอาการ.....	187
แผนภูมิที่ 6.3	แสดงการใช้พื้นที่ใช้สอยต่างๆของผู้ป่วยในแต่ละวัน ทั้ง 3 ระยะอาการ.....	187
แผนภูมิที่ 6.4	แสดงปัญหาการอยู่อาศัยของผู้ป่วย แบ่งตามระยะอาการของโรค.....	189
แผนภูมิที่ 6.5	แสดงแนวคิดในการปรับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย และผู้ดูแล	189

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
ภาพที่ 2.1	แสดงการตกแต่งผนังห้องนั่งเล่น ด้วยวัตถุหรือสิ่งของในอดีตของผู้ป่วย	30
ภาพที่ 2.2	แสดงใช้สัญลักษณ์ และสีที่ตัดกันในห้องน้ำ.....	31
ภาพที่ 2.3	แสดงอ่างล้างหน้าคู่สำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามได้	31
ภาพที่ 2.4	แสดงอ่างล้างหน้าคู่สำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามได้	32
ภาพที่ 2.5	แสดงใช้สัญลักษณ์ และสีที่ตัดกันในห้องน้ำ.....	33
ภาพที่ 2.6	แสดงการวางผังห้องนอนสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม	34
ภาพที่ 2.7	แสดงการวางตำแหน่งเตียงนอนที่สามารถมองเห็นห้องน้ำและวิวภายนอก	35
ภาพที่ 2.8	แสดงการออกแบบป้ายสัญลักษณ์บันได และช่องหน้าต่าง	36
ภาพที่ 2.9	แสดงการติดรูปภาพที่โทรศัพท์และป้ายสัญลักษณ์บอกทางเดิน	37
ภาพที่ 2.10	แสดงจัดสวนแบบเดินวนกลับ และกิจกรรมภายในสวนสำหรับผู้ป่วย	37
ภาพที่ 2.11	แสดงระยะการติดตั้งกระเบื้องต้นไม้ เพื่อกระตุ้นความสนใจให้กับผู้ป่วย	38
ภาพที่ 2.12	แสดงการติดตั้งราวจับ และไฟฟ้าแสงสว่างบริเวณทางเดินภายใน	45
ภาพที่ 2.13	แสดงการใช้วัสดุพื้นผิวไม่ลื่นและความชันไม่เกิน 45 องศาที่ทางลาด	45
ภาพที่ 2.14	แสดงประตูบานเลื่อนความกว้างไม่น้อยกว่า 90 ซม. และพื้นเรียบเสมอกัน	46
ภาพที่ 2.15	แสดงราวจับแบบโยกขึ้น-ลง สำหรับช่วยพยุงตัวผู้ป่วยขณะลุก-นั่ง	46
ภาพที่ 4.1	แสดงสภาพแวดล้อมบริเวณด้านหน้า.....	64
ภาพที่ 4.2	แสดงห้องนั่งเล่นที่เชื่อมกับโถงกลางบ้าน.....	65
ภาพที่ 4.3	แสดงห้องนอนของผู้ป่วยและผู้ดูแล.....	66
ภาพที่ 4.4	แสดงห้องน้ำของผู้ป่วย แยกส่วนเปียกส่วนแห้ง.....	66
ภาพที่ 4.5	แสดงห้องรับประทานอาหาร ห้องน้ำของผู้ดูแล และห้องครัว.....	67
ภาพที่ 4.6	แสดงโถงกลางที่ใช้เป็นพื้นที่ทำงานของผู้ดูแลเอง.....	67
ภาพที่ 4.7	แสดงพื้นที่ออกกำลังกาย และสระน้ำด้านหน้าที่ผู้ป่วยมักออกมานั่งชมวิว..	69
ภาพที่ 4.8	แสดงห้องนั่งเล่นสำหรับนั่งพักผ่อน.....	70
ภาพที่ 4.9	แสดงห้องนอนผู้ป่วยที่ตกแต่งด้วยชุดเครื่องเสียง.....	70
ภาพที่ 4.10	แสดงพื้นที่เตรียมอาหาร.....	70
ภาพที่ 4.11	แสดงโต๊ะรับประทานอาหารที่สามารถรองรับคนได้ 6-8 คน.....	70

ภาพที่		หน้า
ภาพที่ 4.12	แสดงห้องน้ำผู้ป่วยที่มีแยกการใช้สอยในแต่ละส่วนชัดเจน.....	71
ภาพที่ 4.13	แสดงบันไดขึ้นชั้นบน และพื้นที่นั่งเล่นภายนอกบริเวณทางเข้าหลัก.....	71
ภาพที่ 4.14	แสดงสวนภายนอกบริเวณด้านหน้า และด้านหลังที่อยู่อาศัย.....	73
ภาพที่ 4.15	แสดงห้องทำงานของผู้ดูแลที่เชื่อมกับสวนด้านหลังที่อยู่อาศัย.....	74
ภาพที่ 4.16	แสดงห้องน้ำและการจัดวางสุขภัณฑ์ต่างๆ.....	74
ภาพที่ 4.17	แสดงห้องครัวที่เป็นทางผ่านไปยังสวนภายนอกด้านหลังที่อยู่อาศัย.....	74
ภาพที่ 4.18	แสดงทางเดินในสวนภายนอก และทางเดินภายในห้องน้ำ.....	75
ภาพที่ 4.19	แสดงสวนภายนอกโดยรอบที่อยู่อาศัย.....	78
ภาพที่ 4.20	แสดงพื้นที่นั่งพักผ่อน และทำกิจกรรมของผู้ป่วย.....	78
ภาพที่ 4.21	แสดงสิ่งของสะสมของผู้ป่วยบนโต๊ะรับแขก และหนังสือที่ผู้ป่วยมักชอบ เก็บซ่อนไว้ตามที่ต่างๆ.....	78
ภาพที่ 4.22	แสดงเตียงนอนและเก้าอี้นั่งพักผ่อน และประตูที่ใช้ติดกับผนังห้อง.....	78
ภาพที่ 4.23	แสดงทางเดินเชื่อมระหว่างที่อยู่อาศัยผู้ป่วย และพื้นที่รับประทานอาหาร...	79
ภาพที่ 4.24	แสดงห้องน้ำที่แยกส่วนเปียก ส่วนแห้ง และที่นั่งอาบน้ำ.....	79
ภาพที่ 4.25	แสดงทางลาด และระดับพื้นที่เรียบเสมอกันภายในที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย....	79
ภาพที่ 4.26	แสดงการจัดสวนภายนอกบริเวณที่ว่างริมรั้ว และเตียงนอนภายในสวน.....	82
ภาพที่ 4.27	แสดงห้องนั่งเล่นที่มีการต่อเติมภายหลัง และห้องนั่งเล่นเดิม.....	82
ภาพที่ 4.28	แสดงเตียงนอนของผู้ป่วยและผู้ดูแล.....	82
ภาพที่ 4.29	แสดงพื้นที่เตรียมอาหาร และครัวไทย.....	83
ภาพที่ 4.30	แสดงห้องน้ำที่ติดตั้งราวจับในภายหลัง.....	83
ภาพที่ 4.31	แสดงโต๊ะเก้าอี้รับประทานอาหาร.....	83
ภาพที่ 4.32	แสดงทางเดินภายในและภายนอก.....	83
ภาพที่ 4.33	แสดงสวนภายนอกชั้นบน และพื้นที่จอดรถ.....	83
ภาพที่ 4.34	แสดงพื้นที่พักผ่อนที่ใช้ทำกิจกรรมต่างๆ.....	83
ภาพที่ 4.35	แสดงพื้นที่ครัวบริเวณด้านหลัง.....	83
ภาพที่ 4.36	แสดงห้องน้ำที่ติดตั้งราวจับสำหรับผู้ป่วย.....	87
ภาพที่ 4.37	แสดงโต๊ะรับประทานอาหารของผู้ป่วยแบบพับเก็บได้ ไม่เปลืองพื้นที่.....	87
ภาพที่ 4.38	แสดงทางเดินเชื่อมภายใน และบันไดขึ้นชั้นบน.....	87
ภาพที่ 4.39	แสดงสวนภายนอกบริเวณด้านหน้าที่อยู่อาศัย.....	90

ภาพที่		หน้า
ภาพที่ 4.40	แสดงห้องนั่งเล่นภายใน และพื้นที่นั่งเล่นบริเวณระเบียง.....	90
ภาพที่ 4.41	แสดงสิ่งของเครื่องใช้ของผู้ป่วยที่จัดวางอยู่ตามพื้นที่ต่างๆ.....	91
ภาพที่ 4.42	แสดงเตียงนอนผู้ป่วย, ชั้นวางโทรทัศน์ และโต๊ะเครื่องแป้ง.....	91
ภาพที่ 4.43	แสดงผนังห้องและช่องเปิดต่างๆ ที่ผู้ป่วยนำกระดาษหรือสิ่งของมาปิดไว้....	91
ภาพที่ 4.44	แสดงห้องน้ำที่แยกส่วนเปียก และส่วนแห้ง.....	92
ภาพที่ 4.45	แสดงห้องนั่งเล่นใกล้กับโถงทางเข้า และขาตู้โชว์สิ่งของผู้ป่วยในอดีต.....	95
ภาพที่ 4.46	แสดงห้องนอนผู้ป่วยที่มีการจัดเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกไว้ภายใน.....	95
ภาพที่ 4.47	แสดงห้องน้ำของผู้ป่วยที่ใช้ส้วมแบบนั่งยอง.....	95
ภาพที่ 4.48	แสดงห้องครัวที่อยู่เชื่อมกับโถงห้องนั่งเล่น.....	96
ภาพที่ 4.49	แสดงพื้นที่รับประทานอาหาร.....	96
ภาพที่ 4.50	แสดงทางเดินเข้าห้องนอน และบันได.....	96
ภาพที่ 4.51	แสดงสวนกลางบ้านที่มีบ่อปลา และเครื่องออกกำลังกาย.....	99
ภาพที่ 4.52	แสดงห้องนั่งเล่นที่ผู้ป่วยมักชอบมานั่งชมทีวี และดูโทรทัศน์.....	99
ภาพที่ 4.53	แสดงเตียงนอนของผู้ป่วยและผู้ดูแลนอนร่วมกัน.....	99
ภาพที่ 4.54	แสดงห้องน้ำผู้ป่วยที่อยู่ในห้องนอน.....	100
ภาพที่ 4.55	แสดงพื้นที่รับประทานอาหาร และโต๊ะอ่านหนังสือ.....	100
ภาพที่ 4.56	แสดงทางลาดบริเวณทางเข้าหลัก.....	100
ภาพที่ 4.57	แสดงสวนภายนอกบริเวณด้านหน้า.....	103
ภาพที่ 4.58	แสดงห้องนั่งเล่นบริเวณทางเข้าหลัก และสิ่งของ รูปภาพคนในครอบครัว...	103
ภาพที่ 4.59	แสดงเตียงนอนผู้ป่วยแบบมีที่กั้นรอบด้าน.....	103
ภาพที่ 4.60	แสดงห้องน้ำผู้ป่วยที่มีการแบ่งสัดส่วนชัดเจน.....	104
ภาพที่ 4.61	แสดงพื้นที่นั่งรับประทานอาหารรองรับคนได้ 6 - 8 คน.....	104
ภาพที่ 4.62	แสดงทางเดินภายในบริเวณบันได และพื้นที่รับประทานอาหาร.....	104
ภาพที่ 4.63	แสดงสวนภายนอกที่ผู้ป่วยมักชอบออกมานั่งเล่นเป็นประจำ.....	107
ภาพที่ 4.64	แสดงเก้าอี้ยาวที่ผู้ป่วยใช้นอนพักผ่อนในช่วงกลางวันภายในพื้นที่พักผ่อน..	107
ภาพที่ 4.65	แสดงโต๊ะรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วย.....	107
ภาพที่ 4.66	แสดงการวางตำแหน่งเฟอร์นิเจอร์ต่างๆ ภายในห้องนอนผู้ป่วย.....	108
ภาพที่ 4.67	แสดงห้องน้ำผู้ป่วยที่มีการกั้นพื้นที่ส่วนเปียก ส่วนแห้ง และทางเข้าห้องน้ำ.	108
ภาพที่ 4.68	แสดงทางเดินภายใน และทางเดินภายนอก.....	108

ภาพที่	หน้า	
ภาพที่ 4.69	แสดงสวนบนชั้นดาดที่ปลูกต้นไม้ไว้ในกระถาง.....	110
ภาพที่ 4.70	แสดงการจัดวางเฟอร์นิเจอร์เตียงนอนผู้ป่วย.....	111
ภาพที่ 4.71	แสดงทางเดินจากห้องนอนผู้ป่วยไปยังห้องน้ำ และบันไดที่ต่อเติมภายหลัง	111
ภาพที่ 4.72	แสดงห้องน้ำ และโถปัสสาวะในห้องนอนของผู้ป่วย.....	111
ภาพที่ 4.73	แสดงโต๊ะรับประทานอาหารที่สามารถรองรับคนได้ 8-10 คน.....	114
ภาพที่ 4.74	แสดงห้องนั่งเล่นที่ผู้ป่วยมักนอนที่โซฟาเป็นประจำ.....	115
ภาพที่ 4.75	แสดงห้องน้ำที่มีการแยกส่วนเปียก ส่วนแห้ง และการจัดภูมิทัศน์.....	115
ภาพที่ 4.76	แสดงประตูเข้าห้องน้ำ และทางเดินภายใน.....	115
ภาพที่ 4.77	แสดงระเบียงบ้านที่เชื่อมกับสวนหน้าบ้าน.....	120
ภาพที่ 4.78	แสดงสวนภายนอกบริเวณด้านหน้าที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย.....	120
ภาพที่ 4.79	แสดงห้องนั่งเล่น และห้องรับประทานอาหาร.....	121
ภาพที่ 4.80	แสดงสภาพห้องนอนของผู้ป่วย.....	121
ภาพที่ 4.81	แสดงพื้นที่อ่างล้างหน้า โถสุขภัณฑ์ และพื้นที่อาบน้ำฝักบัว.....	121
ภาพที่ 4.82	แสดงครัวไทยที่มีการต่อเติมบริเวณด้านหลังที่อยู่อาศัย.....	122
ภาพที่ 4.83	แสดงชุดโต๊ะเก้าอี้รับประทานอาหารรองรับได้ 2-3 คน.....	122
ภาพที่ 4.84	แสดงทางเดินจากห้องนอนไปพื้นที่รับประทานอาหาร.....	122
ภาพที่ 4.85	แสดงสวนภายนอกที่มองเห็นได้จากระเบียงบ้าน.....	126
ภาพที่ 4.86	แสดงระเบียงบ้านที่ผู้ป่วยมักออกมาใช้ทำกิจกรรมในแต่ละวัน.....	126
ภาพที่ 4.87	แสดงเตียงนอนของผู้ป่วย และประตูเข้าห้องนอน.....	127
ภาพที่ 4.88	แสดงพื้นที่เดินจงกรม และทางเดินโดยรอบบริเวณสวนภายนอก.....	127
ภาพที่ 4.89	แสดงศาลาริมน้ำ และระเบียงบ้านที่มองเห็นวิวภายนอก.....	131
ภาพที่ 4.90	แสดงพื้นที่พักผ่อนชมโทรทัศน์ของผู้ป่วย และพื้นที่รับแขก.....	131
ภาพที่ 4.91	แสดงทางลาดขึ้นไปห้องนอน และทางลาดลงไปยังห้องน้ำ.....	132
ภาพที่ 4.92	แสดงห้องน้ำผู้ป่วยและผู้ดูแล ที่ส่วนอาบน้ำ, โถส้วม และอ่างล้างหน้า.....	132
ภาพที่ 4.93	แสดงสภาพห้องครัวที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก.....	132
ภาพที่ 4.94	แสดงห้องรับประทานอาหาร และพื้นที่นั่งบริเวณระเบียงด้านหลัง.....	133
ภาพที่ 4.95	แสดงทางเดินที่มีความกว้างเพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่นั่งเก้าอี้รถเข็น.....	133
ภาพที่ 4.96	แสดงสวนภายนอกบริเวณด้านหน้าใกล้กับทาสีบ้าน.....	137
ภาพที่ 4.97	แสดงพื้นที่นั่งเล่นบริเวณโถงทางเข้าติดกับห้องนอนผู้ป่วย.....	137

ภาพที่	หน้า
ภาพที่ 4.98	แสดงห้องน้ำผู้ป่วยที่มีการแบ่งส่วนอาบน้ำ, โถสุขภัณฑ์ และอ่างล้างหน้า... 137
ภาพที่ 4.99	แสดงเตียงนอนผู้ป่วย และการติดพลาสติกใสที่ผนังห้องของผู้ป่วย..... 138
ภาพที่ 4.100	แสดงห้องรับประทานอาหารที่มีโต๊ะรับประทานอาหารรองรับได้ 3-4 คน..... 138
ภาพที่ 4.101	แสดงห้องครัวที่มีลักษณะเป็นครัวไทย..... 138
ภาพที่ 4.102	แสดงการติดตั้งทางลาดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนั่งเก้าอี้รถเข็นผ่านไป..... 139
ภาพที่ 4.103	แสดงสวนหน้าบ้านเดิม ปัจจุบันถูกใช้เป็นพื้นที่จอดรถ..... 142
ภาพที่ 4.104	แสดงห้องนั่งเล่นที่เชื่อมพื้นที่ต่างๆ ภายในที่อยู่อาศัย..... 142
ภาพที่ 4.105	แสดงห้องนั่งเล่นเดิมที่มีการกันผนังเป็นห้องนอนของผู้ป่วย..... 142
ภาพที่ 4.106	แสดงห้องน้ำที่ติดตั้งราวจับเพื่อช่วยพยุงตัวผู้ป่วย..... 143
ภาพที่ 4.107	แสดงพื้นที่ครัวที่มีการต่อเติมภายหลัง..... 143
ภาพที่ 4.108	แสดงพื้นที่รับประทานอาหารที่เชื่อมกับพื้นที่ครัว รองรับคนได้ 2-4 คน..... 143
ภาพที่ 4.109	แสดงทางเดินภายในที่มีการติดตั้งราวจับเพื่อช่วยพยุงตัวผู้ป่วย..... 144
ภาพที่ 4.110	แสดงพื้นที่ว่างด้านหน้า ที่ใช้เป็นที่จอดรถและพื้นที่ซักล้าง..... 146
ภาพที่ 4.111	แสดงการจัดพื้นที่ห้องนั่งเล่น..... 146
ภาพที่ 4.112	แสดงห้องน้ำบริเวณชั้นล่างของที่อยู่อาศัย..... 147
ภาพที่ 4.113	แสดงโต๊ะ-เก้าอี้รับประทานอาหารภายในห้องนั่งเล่น..... 147
ภาพที่ 4.114	แสดงทางเดินภายในที่อยู่อาศัย..... 147
ภาพที่ 4.115	แสดงห้องนอนผู้ป่วย..... 151
ภาพที่ 4.116	แสดงห้องน้ำของผู้ป่วย..... 151
ภาพที่ 4.117	แสดงทางเดินภายใน 151
ภาพที่ 4.118	แสดงห้องครัวที่เปิดโล่งมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก, เก้าอี้รับประทานอาหาร. 152
ภาพที่ 6.1	แสดงข้อเสนอแนะการจัดเฟอร์นิเจอร์ภายในห้องนอน..... 210
ภาพที่ 6.2	แสดงข้อเสนอแนะการจัดตำแหน่งหัวเตียง และพื้นที่สำหรับผู้ป่วยที่นั่งเก้าอี้รถเข็น..... 210
ภาพที่ 6.3	แสดงข้อเสนอแนะการติดตั้งที่นั่งอาบน้ำ พร้อมราวจับสำหรับผู้ป่วย..... 211
ภาพที่ 6.4	แสดงข้อเสนอแนะการจัดห้องน้ำ และพื้นที่ภายในห้องนอน สำหรับผู้ป่วย.. 211
ภาพที่ 6.5	แสดงข้อเสนอแนะการจัดสภาพแวดล้อมห้องนั่งเล่น สำหรับผู้ป่วย..... 212
ภาพที่ 6.6	แสดงข้อเสนอแนะการจัดพื้นที่นั่งอ่านหนังสือ สำหรับผู้ป่วย..... 212
ภาพที่ 6.7	แสดงข้อเสนอแนะการจัดพื้นที่รับประทานอาหาร สำหรับผู้ป่วย..... 213

ภาพที่		หน้า
ภาพที่ 6.8	แสดงข้อเสนอแนะการจัดทางเดินไปยังพื้นที่รับประทานอาหาร.....	213
ภาพที่ 6.9	แสดงข้อเสนอแนะการจำกัดการเข้าถึงพื้นที่ครัว สำหรับผู้ป่วย.....	213
ภาพที่ 6.10	แสดงข้อเสนอแนะการจัดพื้นที่ภายในสวนภายนอก สำหรับผู้ป่วย.....	214
ภาพที่ 6.11	แสดงข้อเสนอแนะการจัดทางเดินและสวนภายนอก สำหรับผู้ป่วย.....	214

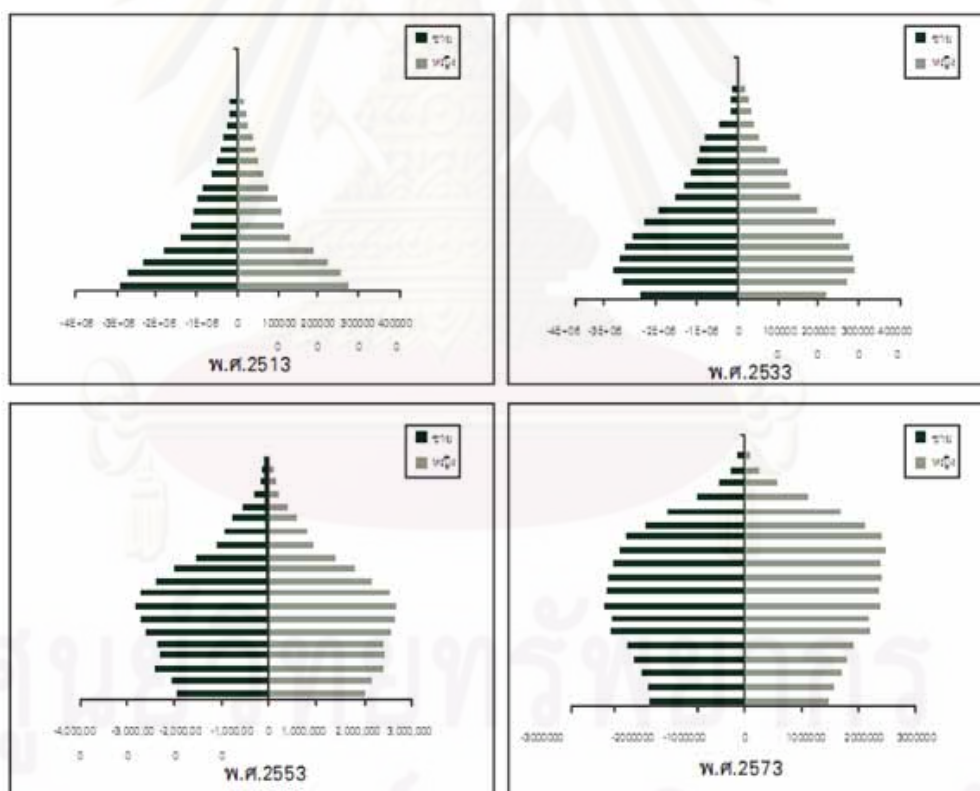


ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

ความเป็นมาและความสำคัญ

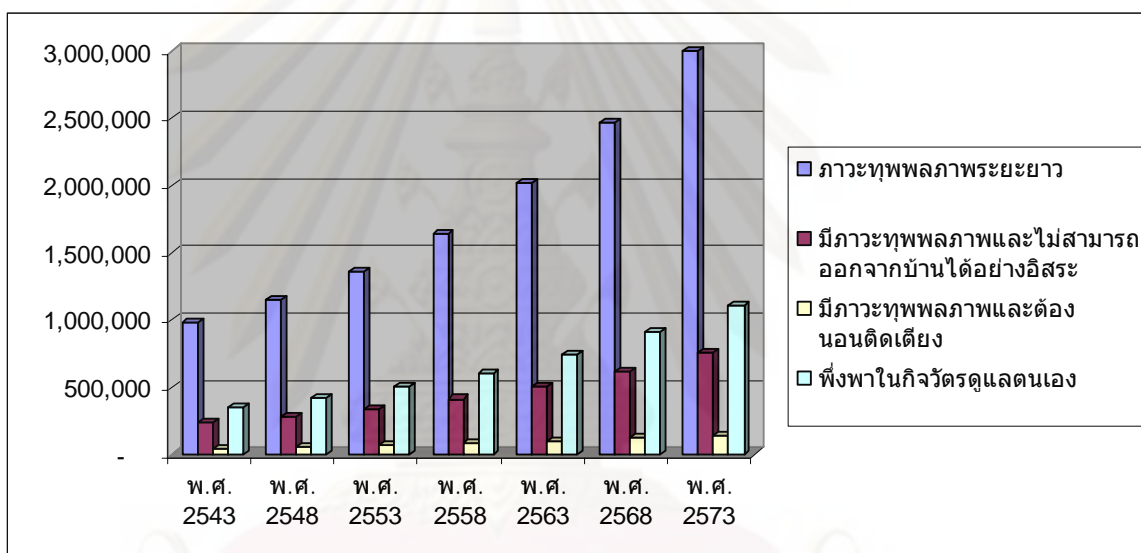
มูลนิธิสถาบันวิจัยและการพัฒนาผู้สูงอายุไทยได้ตระหนักว่า ในอีก 20 ปีข้างหน้า สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้น¹ โดยในปี พ.ศ. 2533 ประชากรวัย 0-14 ปี มีจำนวน 15.9 ล้านคน สูงกว่าประชากรวัย 60 ปีขึ้นไป ที่มีจำนวน 4 ล้านคน เกือบสี่เท่าตัว และในปี พ.ศ. 2553 พบว่า ประชากรวัย 0-14 ปี มีจำนวน 13.2 ล้านคน ซึ่งมีจำนวนลดลงจากเดิมเล็กน้อย ส่วนประชากรวัย 60 ปีขึ้นไป จะมีจำนวน 7.5 ล้านคน เพิ่มมากขึ้นเกือบสองเท่าตัว และจากการคาดการณ์ไปอีก 20 ปีข้างหน้าในปี พ.ศ. 2573 ประชากรวัย 0-14 ปี มีจำนวน 9.7 ล้านคน ซึ่งมีจำนวนลดลงเกือบเท่าตัวเมื่อเทียบกับในปี พ.ศ. 2533 ส่วนประชากรวัย 60 ปีขึ้นไป จะมีจำนวน 14.4 ล้านคน สูงกว่าประชากรวัย 0-14 ปี เกือบสองเท่าตัวในปีเดียวกัน อาจกล่าวได้ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ



แผนภูมิที่ 1.1 แสดงปิรามิดประชากรไทย

¹ มูลนิธิสถาบันวิจัยและการพัฒนาผู้สูงอายุไทย, สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550. พิมพ์ครั้งที่ 1 (กรุงเทพฯ :มูลนิธิสถาบันวิจัยและการพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550). หน้า 8.

จากการศึกษาอัตราการเป็นภาวะวัยสูงอายุ พบว่า ดัชนีผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และการที่อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุลดลงอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2551 พบประชากรสูงอายุทั้งหมด 6,824,000 คน คิดเป็นร้อยละ 10.86 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นถึง 12.4 ล้านคน ในปี พ.ศ.2566 และผลจากการที่ประชากรวัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจส่งผลกระทบต่อการจัดการและการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่ต้องการ การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ภาวะเช่นนี้จะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้ กล่าวคือผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานจะต้องรับภาระในการเลี้ยงดูและดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และในที่สุดผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานและผู้สูงอายุจะอยู่ในสภาพอ่อนแอทั้งสองฝ่าย จะมีผู้สูงอายุที่ถูกกล่เลยหรือถูกทอดทิ้งเพิ่มมากขึ้น หากทุกภาคส่วนไม่ให้ความสำคัญในการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์นี้อย่างจริงจัง



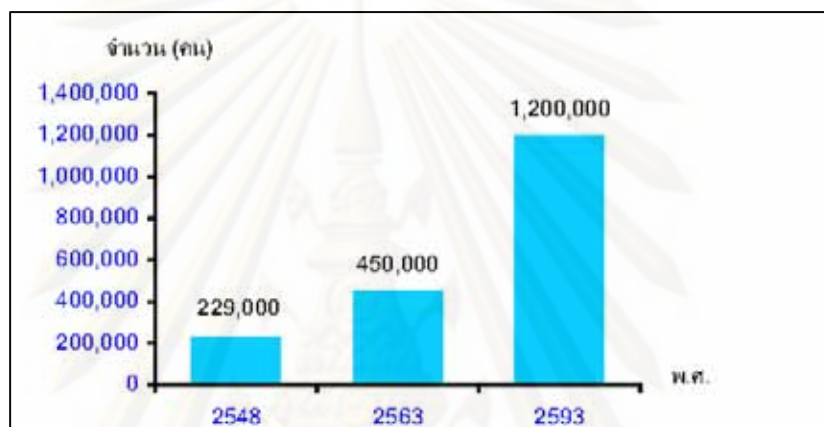
แผนภูมิที่ 1.2 แสดงแนวโน้มภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในปี 2543-2573²

สาเหตุของการเป็นภาวะส่วนใหญ่มาจากปัญหาทุพพลภาพ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากความเสื่อมของการทำงานในระบบต่างๆ ในร่างกาย โดยเฉพาะระบบประสาท หัวใจ หลอดเลือด ต่อมไร้ท่อต่างๆ รวมทั้งกระดูกและกล้ามเนื้อ จะนำมาซึ่งการเกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย เช่น โรคข้อเสื่อม โรคระบบทางเดินอาหาร โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคเบาหวาน และโรคจิตประสาท

ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่สำคัญในอนาคตอันใกล้นี้ จะพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เพิ่มมากขึ้น โดยมีสาเหตุจากการเสื่อมของอวัยวะ และการเปลี่ยนแปลงของ

² สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1 (กรุงเทพฯ :สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย, 2542). หน้า 93.

สารเคมีในสมอง จากสถิติความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประชากร พบว่าอยู่ในอัตราสูงถึง ร้อยละ 5-8 ของผู้ที่อายุเกิน 65 ปี และมีอัตราสูงถึงร้อยละ 20 เมื่ออายุเกิน 90 ปี โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานว่าเป็นปัจจุบันพบประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 2.4 – 3 ล้าน และในทุกๆปีจะมีจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมรายใหม่เกิดขึ้นประมาณ 4.6 ล้านคน โดยทุกๆ 7 นาที จะมีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นจำนวน 1 ราย ซึ่งอัตราความชุกและชนิดของการเกิดภาวะสมองเสื่อม จะมีความแตกต่างกันตามลักษณะ เชื้อชาติ โดยพบว่า คนอเมริกาผิวดำจะพบอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่าคนอเมริกาผิวขาวถึง 2 เท่า



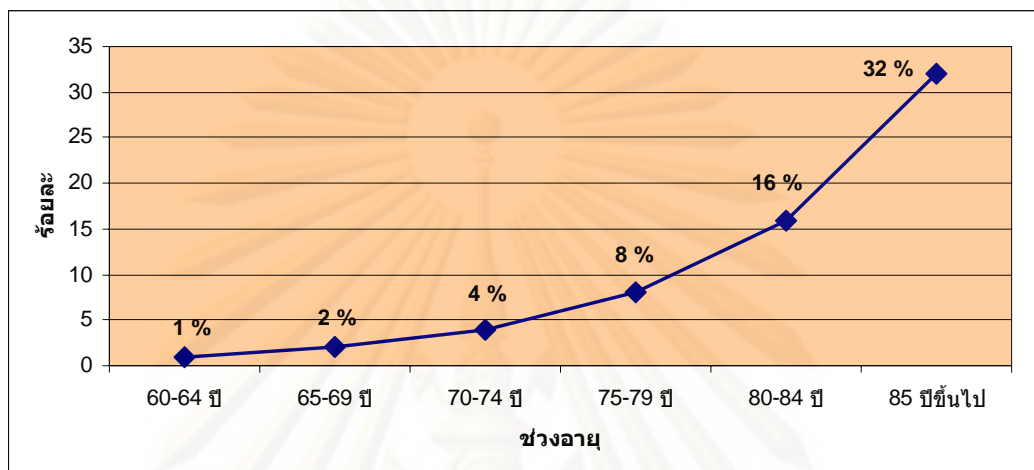
แผนภูมิที่ 1.3 แสดงการคาดการณ์ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในไทย พ.ศ.2548-2593³

สำหรับในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีภาวะของโรคสมองเสื่อมกว่า 600,000 คน หรือประมาณร้อยละ 10 ของประชากรผู้สูงอายุ จากการคาดการณ์ความชุกของโรคสมองเสื่อมไปอีก 15 ปีข้างหน้า จะพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากกว่า 1 ล้านคน ส่วนใหญ่จะพบในผู้หญิงประมาณ ร้อยละ 35 ส่วนผู้ชายพบประมาณ ร้อยละ 24

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ จะพบการสูญเสียความทรงจำ และการรับรู้เรื่องของ วัน เวลา สถานที่ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพ ที่ถดถอยและแยกตนเองออกจากสังคม ผู้สูงอายุบางรายมีพฤติกรรมการเดินทาง จำเส้นทางในการเดินไม่ได้ เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุหายตัวไปจากบ้าน โดยอาการดังกล่าวจะพบประมาณร้อยละ 15 – 60 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้อาจมีปัญหาระบบการสื่อสาร เช่น ไม่สามารถสื่อสารโดยการพูด เขียนและสูญเสียความเข้าใจในภาษา ไม่สามารถจดจำบุคคลหรือสิ่งของได้

³ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, “โรคสมองเสื่อม ปัญหาสุขภาพที่สำคัญสำหรับสังคมไทยในอนาคต รัฐควรเตรียมระบบบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะยาว,” สารสุขภาพ 34 (พฤศจิกายน 2551): 1.

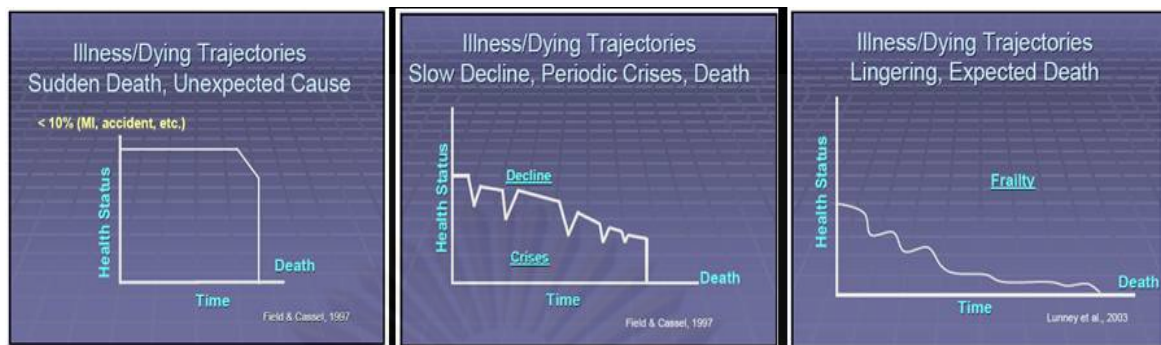
ไม่สามารถสื่อโดยการใช้ท่าทางหรือสัญลักษณ์ รวมถึงการพูดซ้ำๆ การมีพฤติกรรมที่วุ่นวาย ก้าวร้าว การรื้อข้าวของ เป็นต้น ซึ่งการดำเนินของโรคดังกล่าว เป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อทั้ง ทางร่างกายและจิตใจของครอบครัว โดยจะมีความยากลำบากในการดูแล ส่งผลต่อการดำเนิน ชีวิตประจำวันในที่อยู่อาศัยของตน



แผนภูมิที่ 1.4 แสดงความชุกของโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ⁴

อย่างไรก็ตามในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่ามีบางครอบครัวสามารถปรับตัวและจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเหล่านี้ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมองว่าการดูแล เป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถ และต้องการทักษะความเข้าใจในการดูแลอย่างยิ่ง โดยผู้ดูแลบาง รายสามารถปรับตัวและรับมือ รวมถึงหาวิธีการหรือกลวิธีต่างๆในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็น ปัญหาของผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อม นอกเหนือจากเทคนิคที่ได้รับการอบรมแนะนำ หรือ วิธีการที่อยู่นอกเหนือตำรา เช่น จากการศึกษาจากผู้ดูแลที่ได้รับวิธีการส่งเสริมและการสนับสนุน ทางด้านจิตใจ สามารถปรับตัวได้ดีและมีมุมมองในการดูแลเปลี่ยนไป กล่าวคือมีทัศนคติการ ดูแลในเชิงบวกมากขึ้น และพยายามแสวงหาวิธีการต่างๆในการปรับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ แสดงออกได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ในการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลที่สามารถ ปรับเปลี่ยนวิธีการสื่อสาร ด้วยการใช้ข้อความสั้นๆ และการสร้างคำเฉพาะหรือภาษาเฉพาะขึ้นมา ใช้ในการสนทนา ร่วมกับการใช้ท่าทางประกอบ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และ สูญเสียความสามารถในการใช้ภาษา พบว่าผู้ดูแลและผู้สูงอายุสามารถสื่อสารกันได้เข้าใจมากขึ้น

⁴ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, **สารนำรู้ ความ ชุกของโรคสมองเสื่อม** [ออนไลน์], 24 เม.ย. 2550. แหล่งที่มา <http://www.azthai.org/articles/a02.html>



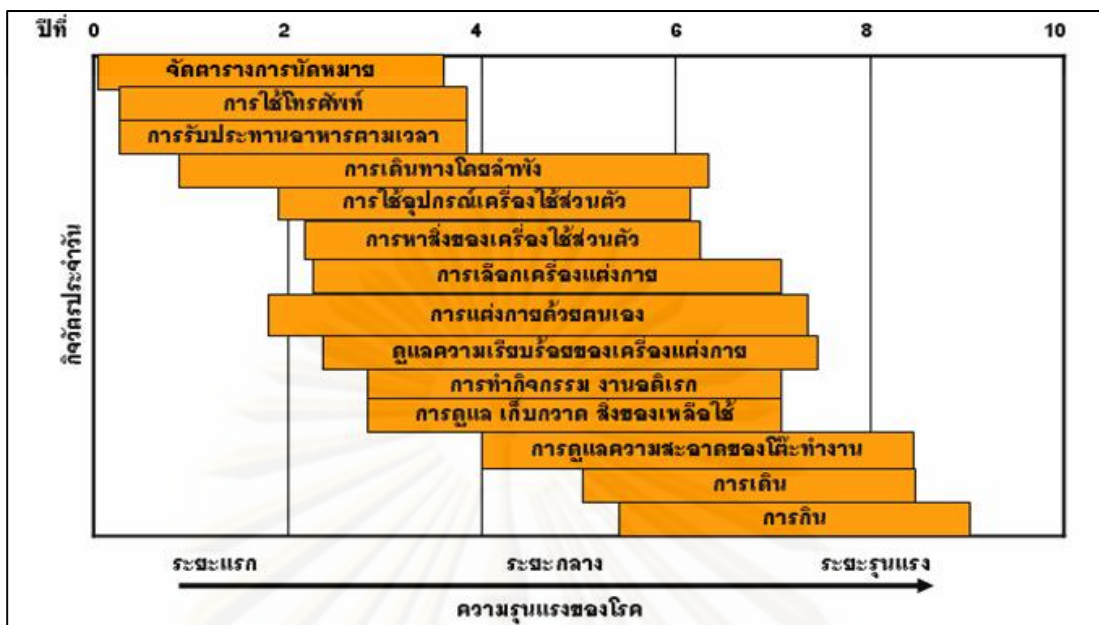
แผนภูมิที่ 1.5 แสดงการเปรียบเทียบช่วงเวลากจากสาเหตุการเสียชีวิต 3 สาเหตุ⁵

- หมายเหตุ
- 1) การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ
 - 2) การเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง และ
 - 3) การเสียชีวิตจากโรคสมองเสื่อม ผู้ป่วยจะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ 2- 20 ปี

ปัจจุบันโรคสมองเสื่อมไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่จะทำได้เพียงการช่วยชะลอการสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยให้ช้าลง โดยผู้ป่วยจะมีความสามารถในการดูแลตัวเองลดลงเรื่อยๆ จนไม่สามารถดูแลตนเองได้ และผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ได้ประมาณ 2-20 ปีนับจากเริ่มมีอาการ ลักษณะดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ป่วย 1 คนต้องใช้ผู้ดูแลอย่างน้อย 2 คน นำมาสู่ค่าใช้จ่ายที่สูงมากขึ้นหากญาติในครอบครัวเป็นผู้ดูแลจะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลประมาณ 4,000 – 6,000 บาทต่อเดือน ทั้งนี้ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายทางอ้อมของผู้ดูแล เช่น การต้องลาออกจากงาน ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของผู้ดูแลอาจต้องเพิ่มขึ้นเป็น 8,000 – 16,000 บาทต่อเดือน หากผู้ป่วยมีอาการหนักที่จะต้องจ้างผู้ดูแลเพิ่ม ทั้งนี้ยังไม่รวมค่ายาและค่ารักษาพยาบาลของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

จากการศึกษาเบื้องต้น พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะพักอาศัยอยู่ตามที่อยู่อาศัยเดิมส่วนใหญ่เป็นที่อยู่อาศัยประเภทบ้านเดี่ยว และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีพฤติกรรม การอยู่อาศัยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น การเดินหลงออกจากบ้านหาทางกลับบ้านไม่พบ, พฤติกรรมชอบรีอค้นสิ่งของตามชั้นเฟอร์นิเจอร์ ตู้เสื้อผ้า และเคาน์เตอร์ในห้องครัว, อาการสับสน หลงเวลากลางวัน - กลางคืน, พฤติกรรมการเข้าห้องน้ำบ่อยๆ ในเวลากลางคืน, เป็นต้น พฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นปัญหาต่อการอยู่อาศัยของผู้ป่วยที่อาจเกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น ปัญหาการลื่นหกล้มบริเวณบันได, อุบัติเหตุในห้องครัว, ปัญหาความไม่สะดวกในการเข้าถึงพื้นที่ ภายในห้องน้ำ, ปัญหาสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมต่อการพักผ่อนในห้องนอน เป็นต้น

⁵ Marianne Matzo. *Gerontologic palliative care nursing*. Elsevier Health Sciences, 2004. P 34.



แผนภูมิที่ 1.6 แสดงความบกพร่องในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามความรุนแรงของโรค⁶

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยา⁷ เป็นการศึกษาที่มุ่งแสวงหาความจริงในสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่โดยธรรมชาติ เน้นการเก็บข้อมูลสภาพสังคม เศรษฐกิจ และสภาพการอยู่อาศัยเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงและให้ข้อเสนอแนะต่อไป

ดังนั้น ในการศึกษาสภาพการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จึงเป็นการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตอยู่ในที่อยู่อาศัยของตนได้อย่างปลอดภัย เหมาะสมกับพฤติกรรมการอยู่อาศัย สภาพสังคม และสภาพเศรษฐกิจ ภายใต้สภาพแวดล้อมที่กระตุ้นและฟื้นฟูความจำ ช่วยชะลอความเสื่อมถอยของสมอง สามารถดำรงชีวิตได้ยาวนาน มีเกียรติ มีศักดิ์ศรี เป็นที่ภาคภูมิใจของคนในครอบครัวสืบไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพสังคม และสภาพเศรษฐกิจ ในที่อยู่อาศัยประเภทบ้านเดี่ยวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล
2. เพื่อศึกษาสภาพการอยู่อาศัยในที่อยู่อาศัยประเภทบ้านเดี่ยวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล

⁶ สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, **สมองเสื่อม** [ออนไลน์], 1 มกราคม 2553. แหล่งที่มา

<http://www.azthai.org/e-book/dementia1024/dementia.htm>

⁷ ชาย โพธิ์สิตา. **ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ**. (กรุงเทพฯ :สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547). หน้า 106.

3. เพื่อศึกษาปัญหาการอยู่อาศัยในที่อยู่อาศัยประเภทบ้านเดี่ยวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล
4. เพื่อเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยประเภทบ้านเดี่ยวให้มีความเหมาะสมต่อการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล

ขอบเขตงานวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากสมาชิกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย โดยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง⁸ (Purposive sampling) จำนวนทั้งหมด 15 กลุ่มตัวอย่าง เน้นผู้สูงอายุที่มีรูปแบบที่อยู่อาศัยประเภทบ้านเดี่ยว ในเขตกรุงเทพมหานคร

ขอบเขตด้านเนื้อหา

1. ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ครัวเรือน, จำนวนสมาชิกในครอบครัว, อาชีพ, อายุ, เพศ, ความสัมพันธ์กับชุมชน
2. ลักษณะทางด้านกายภาพ ได้แก่ สภาพการอยู่อาศัย, สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย, กิจกรรมการอยู่อาศัย, การใช้พื้นที่ภายในที่อยู่อาศัย
3. สภาพปัญหาการอยู่อาศัย ได้แก่ ปัญหาการใช้พื้นที่ใช้สอยภายในที่อยู่อาศัย, ปัญหาสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัย และพฤติกรรมผู้ป่วยที่ส่งผลต่อการอยู่อาศัย

ข้อตกลงเบื้องต้น

การศึกษาในครั้งนี้ทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีภาวะสมองเสื่อมและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลาในการทำกิจวัตรประจำวันตลอดเวลา เช่น การรับประทานอาหาร, การเข้าห้องน้ำ เป็นต้น

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป⁹

สมองเสื่อม หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีความเสื่อมถอยไปเรื่อย ๆ เกี่ยวกับความรู้ พฤติกรรมและบุคลิกภาพ ซึ่งไม่ได้เป็นมาแต่กำเนิดและรุนแรงจนกระทบกับกิจวัตรประจำวัน¹⁰

⁸ บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่7 (กรุงเทพฯ :โรงพิมพ์และปกเจริญผล, 2540). หน้า 86.

⁹ สำนักรส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546. พิมพ์ครั้งที่1 (กรุงเทพฯ :เจ.เอส.การพิมพ์, 2547). หน้า 1.

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ให้การดูแลในกิจกรรมลักษณะต่างๆ ที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างเป็นการตอบแทน เป็นการดูแลที่มีพื้นฐานมาจากจริยธรรม และมีความผูกพันกันทางเครือญาติ¹¹

การดูแลระยะยาว หมายถึง บริการสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง อันเนื่องมาจากความพิการทางร่างกายและจิตใจ¹²

วิธีดำเนินการวิจัย

1. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากสมาชิกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย โดยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวนทั้งหมด 15 กลุ่มตัวอย่าง เน้นการเก็บข้อมูลเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรูปแบบที่อยู่อาศัยประเภทบ้านเดี่ยว ในเขตกรุงเทพมหานคร ใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth Interview) กับผู้ดูแล

การจัดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำแนกได้ตามระยะการดำเนินอาการของโรค โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม¹³ ได้แก่ กลุ่มระยะแรก (Early Stage), กลุ่มระยะกลาง (Middle Stage) และกลุ่มระยะสุดท้าย (Late Stage) ซึ่งในการศึกษาจะทำการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มละ 5 ตัวอย่าง รวม 15 กลุ่มตัวอย่าง ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางด้านสังคม เศรษฐกิจ สภาพการอยู่อาศัย และปัญหาการอยู่อาศัย เพื่อเสนอแนวทางในการปรับปรุงในแต่ละกลุ่มอาการต่อไป

2. การสำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูล

- 2.1. ข้อมูลทุติยภูมิ โดยการศึกษาทฤษฎี แนวความคิด, เอกสาร, บทความ, เว็บไซต์, และงานวิจัยต่างๆ ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ
- 2.2. ข้อมูลปฐมภูมิ โดยการเก็บข้อมูลจากการสำรวจกับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ดังนี้

¹⁰ สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, “เกร็ดความรู้เรื่องสมองเสื่อม,” จดหมายข่าวสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 2 (มิถุนายน 2551): 3.

¹¹ วันดี โภคะกุล. การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมสำหรับประชาชน. (กรุงเทพฯ :สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2545). หน้า 62.

¹² ศิริพันธ์ สาสัตย์. “โครงการวิจัย เรื่อง รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย,” (รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2552). หน้า 7.

¹³ สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. คู่มือยืดอายุสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพฯ :บริษัท พิมพ์ดี จำกัด, 2551). หน้า 32.

- 2.2.1. การสังเกตแบบมีโครงสร้าง ใช้กับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ลักษณะการอยู่อาศัย และลักษณะที่อยู่อาศัย
- 2.2.2. การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ใช้กับ ผู้ดูแล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป, สภาพเศรษฐกิจ, สภาพสังคม และปัญหาในการอยู่อาศัย
3. วิเคราะห์ข้อมูล
 - 3.1. รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และหลักเกณฑ์ต่างๆ ที่ได้รับการเก็บรวบรวมข้อมูลมาใช้เป็นกรอบและแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล
 - 3.2. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและสัมภาษณ์ผู้ดูแล โดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์เพื่อให้ได้ตอบคำถามตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย
4. สรุปและเสนอแนะ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมฯ และประชาชนทั่วไปที่สนใจ
2. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบสถานบริการทางด้านสุขภาพของผู้ประกอบการภาคเอกชน เช่น สถานพยาบาล สถานฟื้นฟูสภาพ บ้านพักคนชรา เป็นต้น
3. สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการออกแบบโครงการจัดสรรที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ของผู้ประกอบการภาคเอกชนในรูปแบบอื่นๆ ได้ เช่น โครงการทาว์นเฮาส์ โครงการคอนโดมิเนียม โครงการบ้านจัดสรร เป็นต้น
4. ใช้เป็นฐานข้อมูลในการศึกษาวิจัย เพื่อให้เกิดการศึกษาต่อยอด จนเกิดเป็นองค์ความรู้ใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในอนาคตต่อไปได้

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

แนวความคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเรื่องสภาพการอยู่อาศัยในที่อยู่อาศัยประเภทบ้านเดี่ยวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม : กรณีศึกษาสมาชิกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทยในเขตกรุงเทพมหานคร ได้ค้นคว้าเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศ และต่างประเทศ สามารถลำดับการนำเสนอได้ดังนี้

1. สุขภาพและโรคประจำตัวผู้สูงอายุ
2. สมองเสื่อมในผู้สูงอายุ
3. การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและแนวทางปฏิบัติต่อผู้ป่วยสมองเสื่อม
4. แนวคิดในการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นสมองเสื่อม
5. แนวคิดในการจัดเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ และคนพิการ
6. แนวความคิดเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการในละแวกบ้าน
7. บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. สุขภาพและโรคประจำตัวผู้สูงอายุ

เมื่อผ่านเข้าสู่วัยสูงอายุบุคคลจะมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นได้ง่าย ทั้งนี้มีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเกิดภาวะเจ็บป่วยได้ง่าย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ประมาณร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุจะป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และประมาณร้อยละ 50 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 3 โรคการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงต้องพึ่งพาบุคคลอื่นและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ปัญหาสุขภาพที่สำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุ มีดังนี้

- 1.1 ปัญหาด้านร่างกาย คือ ปัญหาของระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง, โรคหลอดเลือดหัวใจ, โรคหัวใจล้มเหลว และโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ
- 1.2 ปัญหาของระบบประสาท คือ จำนวนของเซลล์ประสาทลดลง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง, ภาวะสับสนเฉียบพลัน, กลุ่มอาการสมองเสื่อม และโรคอัลไซเมอร์
- 1.3 ปัญหาของระบบหายใจ คือ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของทรวงอก เช่น ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ปอดอักเสบ เป็นต้น
- 1.4 ปัญหาของระบบทางเดินอาหาร คือ การเปลี่ยนแปลงของสุขภาพปากและฟัน ส่งผลต่อการเคี้ยวและกลืนทำให้เกิดความผิดปกติกับระบบทางเดินอาหาร เช่น การขาดสารอาหาร, ความผิดปกติการไหลกลับน้ำย่อยในทางเดินอาหาร เป็นต้น

- 1.5 ปัญหาของระบบการขยับถ่ายปัสสาวะ คือ การเปลี่ยนแปลงของระบบขยับถ่ายปัสสาวะ โดยจะมีเซลล์ของไตลดลง การทำงานของไตลดลงเหลือร้อยละ 40-60 เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ, ปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ เป็นต้น
- 1.6 ปัญหาของระบบโครงสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อ คือ การเปลี่ยนแปลงของกระดูกและกล้ามเนื้อที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น โรคกระดูกพรุน เป็นต้น
- 1.7 ปัญหาของระบบต่อมไร้ท่อ คือ ปัญหาการทำงานของต่อมไทรอยด์ลดลง เป็นผลทำให้การเผาผลาญสารอาหารลดลง เช่น โรคเบาหวาน เป็นต้น
- 1.8 ปัญหาของระบบประสาทการรับรู้พิเศษ คือ การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทการรับรู้ด้านการมองเห็นและการได้ยิน เช่น ต้อกระจก, ต้อหิน เป็นต้น
- 1.9 โรคมะเร็งในผู้สูงอายุ โรคมะเร็งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ มะเร็งปอด ระบบทางเดินอาหาร ผิวหนัง เต้านมและต่อมลูกหมาก

2. สมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ภาวะสมองเสื่อม¹ หมายถึง อาการแสดงอย่างหนึ่งของโรคซึ่งเกิดได้จากหลายสาเหตุ ความหมายโดยทั่วไปของสมองเสื่อม คือ การด้อยประสิทธิภาพในการทำงานของสมองทุกๆ ด้านแบบค่อยเป็นค่อยไป เช่น ความสามารถในการเรียนรู้ ความจำ การคำนวณ หรือการใช้ความคิดที่สลับซับซ้อน รวมถึงประสิทธิภาพทางการสื่อสารภาษา การแปลความหมาย หรือ เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากการเสื่อมถอยของการทำงานของสมอง โดยแสดงความผิดปกติทางด้านความคิด ความจำ การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว ซึ่งรุนแรงและรบกวนการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมบุคลิกภาพ และอารมณ์

โรคหลงลืมจากความเสื่อม² คือ อาการที่ผู้สูงอายุมีจิตใจเสื่อมลงอย่างรุนแรง เกิดจากสมองถูกทำลาย ทำให้มีอาการจำอะไรไม่ได้ สับสนและบุคลิกภาพเสียไป โรคนี้พบน้อยมากในคนอายุต่ำกว่า 65 ปี แต่จะพบบ่อยขึ้นเรื่อยๆ เมื่ออายุมากขึ้น คนอายุเกิน 80 ปี พบร้อยละ 5

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายว่า ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของเซลล์สมอง ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนนำไปสู่การเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ การคิดคำนวณ การตัดสินใจ การรับรู้ ความสามารถในการใช้ภาษาลดลง รวมถึงความสามารถในการเข้าสังคม และความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวลดลง

¹ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. พิมพ์ครั้งที่ 1 (กรุงเทพฯ :ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2548). หน้า 171.

² ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. "สถานการณ์การบริการทางการแพทย์ในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง". (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550). หน้า 17.

สิรินธร ฉันทศิริกาจน ได้ให้ความหมายว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีการเสื่อมถอยความสามารถทางสมองไปเรื่อยๆ ทำให้มีความจำบกพร่อง ซึ่งในช่วงแรกๆนั้นจะไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆได้ เมื่อมีอาการมากขึ้นจะลืมสิ่งเก่าๆที่เคยเรียนรู้ มีปัญหาในเรื่องของการคิดคำนวณ สมาธิ การรับรู้ตนเองกับสิ่งแวดล้อม และความสามารถในการใช้ภาษาลดลง

วรพรรณ เสนาณรงค์ ได้ให้ความหมายว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุมาจากการเสื่อมถอยการทำงานของสมอง โดยแสดงความผิดปกติทางด้านความคิด ความจำ การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว ที่รุนแรงรบกวนการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคลิกภาพ และอารมณ์

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล กล่าวว่าสมองเสื่อมเป็นภาวะที่ความสามารถทางสติปัญญาลดลงคิดและจำไม่ได้ เป็นโรคที่มักพบในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ที่เป็นมีอาการหลงลืม การใช้ภาษาผิดปกติ และพฤติกรรมรวมถึงอารมณ์เปลี่ยนไป

กล่าวโดยสรุป ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตในประชากรวัยสูงอายุ เนื่องจากการดำเนินของโรคค่อนข้างล่าช้าและมีอาการค่อยเป็นค่อยไป ส่วนใหญ่มาพบแพทย์เมื่อมีอาการมากแล้ว ประกอบกับผู้ดูแลส่วนใหญ่เข้าใจการที่ผู้สูงอายุ มีอาการหลงๆลืมๆ มีความจำลดลง เป็นกลุ่มอาการที่สามารถพบได้ในผู้สูงอายุทั่วไป ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย รวมถึงระบบต่างๆที่เป็นไปตามกระบวนการสูงอายุซึ่งประเด็นในการประเมินภาวะสมองเสื่อม คือการขาดความรู้ ความเข้าใจ ขาดการประเมินที่ดี ทำให้เกิดการดูแลรักษาที่ล่าช้า และนำไปสู่การดูแลรักษาที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น

2.1 อาการและอาการแสดงของโรคสมองเสื่อม

2.1.1 การมีความจำบกพร่อง เป็นอาการที่พบมากที่สุด โดยในช่วงแรกจะสูญเสียความจำระยะสั้น มีอาการหลงๆลืมๆ ในเรื่องใหม่ๆอย่างรวดเร็ว ในรายที่มีอาการรุนแรง ผู้สูงอายุจะไม่สามารถจำเหตุการณ์ต่างๆได้ทั้งที่เป็นความจำระยะสั้นและระยะยาว

2.1.2 มีปัญหาเรื่องของการใช้ภาษา อาจมีอาการพูดซ้ำๆคลุมเครือ พูดไร้สาระบางครั้ง อาจมีปัญหาในเรื่องของการใช้คำง่ายๆ ไม่สามารถที่จะสื่อสารออกมาได้ ในรายที่มีอาการรุนแรง อาจจะไม่พูดหรือสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้

2.1.3 มีปัญหาพร้อมการรับรู้เรื่องเวลา วัน และสถานที่ กล่าวคือ ไม่สามารถจำได้ว่าวันนี้อยู่วันอะไร ไม่สามารถจำสถานที่ได้ เช่น เมื่อต้องเดินทางไปไหนที่หนึ่งจะไม่สามารถเดินทางกลับไปได้

2.1.4 มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ กล่าวคือ มีการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ที่รวดเร็ว มีอารมณ์ขึ้นๆ ลงๆมีลักษณะที่หงุดหงิดและฉุนเฉียวง่าย มีการเรียกร้องความสนใจ

2.1.5 บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ อาจมีพฤติกรรมที่กลับไปสู่พฤติกรรมแบบเด็ก ๆ หรือมีพฤติกรรมที่ถดถอย เช่นบุคคลที่เคยกระตือรือร้น คล่องแคล่วว่องไว กลับมีพฤติกรรมที่เฉยเมย เชื่องช้า และแยกตนออกจากสังคม

2.1.6 มีปัญหาในเรื่องการเรียนรู้สิ่งใหม่ กล่าวคือ จะมีความยากลำบากในการทำงาน หรือการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ โดยเฉพาะงานที่ต้องทำเร่งด่วนหรืองานที่ต้องใช้กระบวนการใหม่ๆ ที่ต้องใช้ความซับซ้อนและหลายขั้นตอน

2.1.7 วางของผิดที่ กล่าวคือ ผู้สูงอายุจะวางของไม่เป็นที่ ไม่เป็นระเบียบ เนื่องจากมีอาการหลงๆลืมๆไม่สามารถจำได้ว่าหยิบของมาจากที่ใดและไม่สามารถนำกลับไปวางไว้ที่เดิมได้

2.1.8 ขาดการตัดสินใจที่ดี กล่าวคือ ความสามารถในการตัดสินใจที่จะทำการต่าง ๆ ในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งลดลง เช่น ขณะขับรถไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าจะใช้เส้นทางใดในการขับรถ ทำให้เกิดการหลงทางได้

2.2 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม

2.2.1 ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม โดยพบว่าในครอบครัวที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะพบอัตราการเกิดร้อยละ 24-50 ในคนที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไปและพบร้อยละ 40-50 ในฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน มักพบในครอบครัวที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางพันธุกรรมได้

2.2.2 ปัจจัยที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากพันธุกรรม โดยพบว่า อัตราการเกิดโรคสมองเสื่อมจะแปรผันตรงตามจำนวนอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งได้มีการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมหลายๆเรื่อง จนกระทั่งพบปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคสมองเสื่อม ได้แก่ ปัจจัยทางด้านเพศ และฮอร์โมน, ความดันโลหิต, โรคเบาหวาน, โรคหลอดเลือดสมอง, ระดับของโคเรสเตอรอล, ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์, ระดับโฮโมซิสเตอีนสูง, การบริโภคอาหารที่มีส่วนผสมของไขมันในปริมาณมาก, การสูบบุหรี่, การสัมผัสกับสารพิษ, ศีรษะได้รับอุบัติเหตุ, การได้รับยาบางชนิด, ระดับการศึกษา และอาชีพ

2.3 แนวทางการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

การวินิจฉัยผู้ป่วยสมองเสื่อม การซักประวัติเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ ในการวินิจฉัยแยกโรค ควรมีการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเข้ามาช่วยในการวิเคราะห์หาสาเหตุร่วมด้วยเสมอ สำหรับการตรวจคัดกรองเบื้องต้นที่ใช้ในการตรวจร่างกาย ประกอบไปด้วย

2.3.1 การตรวจร่างกายทั่วไป

2.3.2 การตรวจร่างกายทางระบบประสาท

- 2.3.3 การตรวจคัดกรองพิเศษที่นิยมใช้ ช่วยในการวินิจฉัย เช่น การตรวจ MMSE³ และ CMT test (Chula mental test)
- 2.3.4 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถือว่าเป็นการตรวจขั้นพื้นฐานที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม ได้แก่ CBC, TSH, FBG Bun/Creatinine, Electrolyte, ESR, LFT, Drug level, Genetic test, EKG, CSF, Computed tomography (CT), Magnetic resonance imaging (MRI)

ในการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม อาจมีความคลาดเคลื่อนได้ เนื่องจากลักษณะอาการบางอย่างคล้ายกับอาการของภาวะสับสนเฉียบพลัน และภาวะซึมเศร้า ในการวินิจฉัยจำเป็นต้องอาศัยวิธีการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการซักประวัติจากบุคคลในครอบครัว มาประกอบกัน ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงอายุ ระดับการศึกษา พื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรม และประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆ เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้ อาจส่งผลทำให้การวินิจฉัยผิดพลาดได้

2.3 การดำเนินอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

ในระยะแรก ผู้ป่วยจะมีความจำที่แย่ลง เกี่ยวกับเหตุการณ์ ที่ผ่านมาไม่นาน เช่น ลืมว่าดื่มน้ำทิ้งไว้ อาจถามญาติว่าใครเป็นคนดื่มน้ำ หรือคิดนานกว่าจะนึกออกว่าเป็นคนดื่มเอง เป็นต้น เมื่อโรคดำเนินต่อไปเรื่อยๆ นอกจากความจำที่แย่ลงเป็นลำดับ ก็จะมีอาการอื่นๆเพิ่มเข้ามาเรื่อยๆ เช่น คิดเลขง่ายๆไม่ค่อยถูก ทอนเงินผิด การตัดสินใจหรือความคิดต่างๆไม่ค่อยสมเหตุผล

ระยะต่อมา ผู้ป่วยเริ่มมีอาการที่ทำให้ผู้ป่วยหรือญาติ เริ่มพบกับความลำบากหรือยุ่งยากมากขึ้น ได้แก่ พฤติกรรมที่เปลี่ยนไป บางคนซึมลง บางคนก้าวร้าว บางคนเคยมีเหตุผล ใจเย็น ก็กลายเป็นไร้เหตุผล หงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียวบ่อย เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีอาการที่ญาติต้องคอยระวัง คือ บางคนจะเดินไปเรื่อย โดยไม่มีจุดหมาย ไม่มีเหตุผล ที่สำคัญคือจะจำทางไม่ค่อยได้ ถ้าเดินออกไปนอกบ้าน มักจะกลับไม่ถูก บางคนเดินไปขึ้นรถเมลล์นั่งไปๆกลับๆทั้งวัน

ระยะหลังๆ ผู้ป่วยจะเริ่มช่วยเหลือตัวเองไม่ค่อยได้ โดยเฉพาะกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น แต่งตัว อาบน้ำ ทานข้าว โดยต้องให้ญาติคอยช่วยเหลือตลอด อาจไม่สามารถบอกเมื่อจะปัสสาวะ หรืออุจจาระ โดยปล่อยออกมาเองโดยอาจรู้หรือไม่รู้สึกตัวก็ได้ เมื่อช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ก็จะเริ่มมีโรคแทรกซ้อนตามมา เช่น การติดเชื้อในปอด หรือทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ ขาดสารอาหารเนื่องจากทานได้น้อย ร่างกายจะค่อยๆอ่อนแอลง

³ ประเสริฐ บุญเกิด. แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม. พิมพ์ครั้งที่ 1 (กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2546). หน้า 51.

ตารางที่ 2.1 แสดงระยะดำเนินอาการและระดับความจำของผู้ป่วยสมองเสื่อม⁴

ระยะการดำเนินอาการ	ระดับความจำ	พฤติกรรมและอาการของผู้ป่วย
ไม่แสดงอาการ	1 No cognitive decline	ไม่พบว่าผู้ป่วยมีความจำบกพร่อง
	2 Very mild cognitive decline	ผู้ป่วยคิดว่าตนเองมีความจำบกพร่อง ได้แก่ ลืมว่าวางของไว้ที่ไหน และลืมชื่อคนที่เคยรู้จักเป็นอย่างดี แต่จากการสัมภาษณ์ยังไม่พบว่าผู้ป่วยมีความจำบกพร่อง
ระยะแรก (ช่วง1-3ปี)	3 Mild cognitive decline	ผู้ป่วยเริ่มมีความจำบกพร่องที่ชัดเจน แสดงอาการต่างๆ ได้แก่ หลงทางเมื่อเข้าไปในที่ที่ไม่คุ้นเคย, ผู้ร่วมงานเริ่มรู้สึกว่าผู้ป่วยทำงานผิดพลาด, บ่อยครั้งที่นึกคำหรือชื่อไม่ออก, อ่านหนังสือบทความแล้วจับความได้เพียงเล็กน้อย, จำชื่อคนที่ถูกแนะนำใหม่ไม่ค่อยได้ และทำของมีค่าหายหรือวางไว้ผิดที่ นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีความจำบกพร่องเฉพาะเวลาที่คร่ำเคร่งในระหว่างการสัมภาษณ์ รวมถึงความสามารถในการจัดการด้านการงานและด้านสังคมลดลง
ระยะกลาง (ช่วง2-10ปี)	4 Moderate cognitive decline	ผู้ป่วยมีความบกพร่องชัดเจนแม้ในขณะที่สัมภาษณ์ ได้แก่ ความรู้ในเรื่องเหตุการณ์ปัจจุบันลดลง, ความสามารถในการเดินทาง การใช้จ่ายเงินลดลง, แสดงอาการความบกพร่องเกี่ยวกับประวัติบุคคลต่างๆ, แสดงท่าทีเฉยเมย และถอนตัวเมื่อมีสถานการณ์ที่ขัดแย้งเกิดขึ้น, ไม่สามารถที่จะทำความเข้าใจกับเรื่องราวที่เป็นความต่อเนื่องกัน แต่ไม่ค่อยมีความผิดปกติในเรื่องต่อไปนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1. ความจำเกี่ยวกับเวลาและบุคคล 2. ความจำเกี่ยวกับหน้าตา และบุคคลใกล้เคียง 3. ความสามารถในการเดินทางไปในพื้นที่ที่คุ้นเคย
	5 Moderately severe cognitive decline	ผู้ป่วยไม่สามารถให้การสัมภาษณ์โดยไม่มีผู้ช่วยเหลือได้ มีความบกพร่องชัดเจน ได้แก่ ลืมสิ่งของที่ในชีวิตประจำวัน, หลงวัน เวลา สถานที่ และการนับเลข เช่น การนับเลขจาก 100 ไปทีละ 7 หรือ 20 ไปทีละ 2 เป็นเรื่องยาก เป็นต้น ผู้ป่วยยังไม่ต้องการความช่วยเหลือในการปัสสาวะ การรับประทานอาหาร แต่อาจมีปัญหาในเรื่องการแต่งตัว

⁴ Reisberg, B., Ferris, S.H., de Leon, M.J., Crook., T. "The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia," *American Journal of Psychiatry* 1982. P:139.

ระยะสุดท้าย (3-12 ปี)	6	Severe cognitive decline	ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพและอารมณ์เปลี่ยนแปลง ได้แก่ มีความคิดหลงผิด, ย้ำคิดย้ำทำ, วิตกกังวล ร้อนใจ และอาจมีอาการกังวลในเหตุร้ายแรงที่ไม่ได้เกิดขึ้นจริง รวมถึงขาดความสามารถในการตัดสินใจ ไม่สามารถที่จะคิดและตั้งใจที่จะทำกิจกรรมให้ลุล่วงได้
	7	Very severe cognitive decline	สูญเสียความสามารถในการใช้ถ้อยคำ ผู้ป่วยมักจะไม่พูดแต่จะใช้วิธีส่งเสียงทางจมูก กลับปัสสาวะไม่ได้ ต้องการความช่วยเหลือเมื่อใช้ห้องน้ำ และเมื่อรับประทานอาหาร เสียความสามารถในการสั่งกรชั้นพื้นฐาน เช่น การเดินสมองไม่อาจสั่งการให้ร่างกายกระทำตามสิ่งที่ต้องการ มีอาการของระบบประสาทที่เปลือกสมอง และเนื้อสมองซึ่งตรวจพบได้

3. การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ศิริพันธุ์ ศาสตราจารย์ ได้ให้นิยามความหมายของผู้ดูแล หมายถึง เป็นคำที่ใช้อธิบายบุคคลที่ไม่ใช่วิชาชีพหรือจากหน่วยงานใด แต่เป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือญาติ เพื่อนที่พิการ หรือเจ็บป่วยอย่างสม่ำเสมอ เช่น การแต่งตัว ทำงานบ้าน ซื่อสิ่งของ และอื่นๆ แม้กระทั่งการสนับสนุนให้กำลังใจ และให้การดูแลในกิจกรรมลักษณะต่างๆ ที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างเป็นการตอบแทน เป็นการดูแลที่มีพื้นฐานมาจากจริยธรรม อารมณ์ โดยมีความผูกพันกันทางเครือญาติ ซึ่งผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

- 1) ทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาการปวดหลัง, พักผ่อนไม่เพียงพอ, และมีปัญหาสุขภาพ
- 2) ด้านจิตใจ ได้แก่ มีอาการเศร้า, รู้สึกผิด, โกรธ, รู้สึกอับอาย และรู้สึกโดดเดี่ยว
- 3) ด้านสังคม เศรษฐกิจ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบในการทำงานส่งผลให้ต้องออกจากงาน, รายได้ลดลง, เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว และพบปะกับบุคคลภายนอกน้อย

บรรลุ ศิริพานิช ได้ให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยไว้ว่า ถึงแม้โรคนี้อาจไม่มีทางรักษา แต่ก็มียุทธศาสตร์ที่ผู้ดูแลจะทำได้ เพื่อยืดเวลาที่จะต้องไปอยู่โรงพยาบาลในระยะสุดท้ายของโรค โดยพยายามประเมินว่ามีอะไรที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ และอะไรทำไม่ได้ เพื่อจะได้ทราบว่าท่านจะต้องช่วยเหลือมากน้อยเพียงใด อย่าเชื่อตามที่ผู้สูงอายุบอกทั้งหมดแต่ต้องเฝ้าสังเกตดูในขณะที่ผู้สูงอายุทำกิจวัตรต่าง ๆ ถ้าเป็นไปได้ให้ขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญทางอาชีวบำบัด

จิราพร เกศพิชญวัฒนา กล่าวว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมซึ่งส่วนใหญ่จะดูแลที่บ้านเพราะญาติสนิทจะมีความหมายสำหรับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งทั้งด้านร่างกายอารมณ์และจิตวิญญาณเพราะต้องอดทนกับการพูดซ้ำซากตลอดเวลา ต้องอดทนในการให้เวลากับผู้ป่วยในการดูแลจัดการเรื่องต่างๆทั้งในเรื่องกิจวัตรประจำวัน ด้านการเงิน พฤติกรรมที่

เป็นปัญหาตลอดจนความขัดแย้งระหว่างบุคคล บุคคลในครอบครัวผู้ป่วยสมองเสื่อมจะได้รับผลกระทบทั้งในเรื่องแบบแผนชีวิตประจำวัน ความเป็นส่วนตัวและด้านสังคม ผู้ดูแลจึงมักจะประสบปัญหาหลายอย่าง เช่น การสูญเสียบุคคลที่ตนรัก ความเบื่อหน่าย การถูกทอดทิ้งให้รับภาระดูแลผู้ป่วย เกิดความขัดแย้งในครอบครัว วิตกกังวล โกรธและรู้สึกผิดเนื่องจากรำคาญผู้ป่วย จึงไม่ได้ควบคุมอารมณ์ และแสดงสิ่งที่ไม่เหมาะสมเป็นต้น

ตารางที่ 2.2 แสดงแนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน⁵

พฤติกรรมที่ผิดปกติ	สาเหตุ	แนวทางการแก้ไข
ถามและมีพฤติกรรมซ้ำๆ	กังวล ความจำเสื่อม	ให้ความมั่นใจ จดให้ผู้ป่วยหันเหความสนใจไปทางอื่น
การนอนที่ผิดปกติ	ฝันร้าย สูญเสียการรับรู้เวลา เปลี่ยนแปลง Circadian rhythm	ไม่ให้อาหารหนักในมื้อเย็น ผ่อนคลายก่อนนอน นั่งเก้าอี้โยก หากิจกรรมให้ทำเวลา กลางวัน
เกาะติดแฉ	ต้องการความปลอดภัย กลัวว่า ผู้ดูแลจะหนี	ผู้ดูแลต้องบอกผู้ป่วยทุกครั้งว่า ไปไหน หันเหความสนใจ
ทำของหาย	สูญเสียความจำ ไม่มั่นคง	เห็นด้วยกับผู้ป่วย เรื่อง ของ หายให้ พยายามจำกัดของมีค่า
พฤติกรรมวุ่นวายไม่มี จุดหมาย ไม่ยอมอยู่กับที่	จำสถานที่ไม่ได้	จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ใส่กุญแจประตูบ้านก่อนที่จะ ออกนอกบ้าน
เดินเปะปะ	Depression, Delirium, Confusion	รักษาตามสาเหตุ
พฤติกรรมทางเพศที่ไม่ เหมาะสม	มีความต้องการทางเพศ ต้องการปัสสาวะ แต่งกายไม่เรียบร้อย	หันเหความสนใจ ถามผู้ป่วยว่า ต้องการปัสสาวะหรือไม่ และถ้าแต่งตัวไม่เรียบร้อยก็ ต้องช่วย จัดเสื้อผ้าให้เรียบร้อย

⁵ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. พิมพ์ครั้งที่ 1 (กรุงเทพฯ :ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2548). หน้า 187.

สถาบันประสาทวิทยา ได้อธิบายหลักในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 4 วิธี ดังนี้

1) การส่งเสริม ได้แก่ ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง สร้างความภาคภูมิใจที่เหมาะสม ไม่ใช่ตัดความรำคาญโดยไม่ยอมให้ผู้ป่วยทำอะไรเองเลย และดูแลสุขภาพร่างกายจิตใจของผู้ดูแล ผู้ดูแลอาจเครียดเศร้า ต้องช่วยให้กำลังใจและให้การช่วยเหลือ

2) การกระตุ้นที่เหมาะสม ได้แก่ การกระตุ้นที่ไม่มากหรือน้อยเกินไป เพราะอาจจะทำให้ผู้ป่วยเครียด เกิดปัญหาทางอารมณ์ตามมา การหาสิ่งกระตุ้น เครื่องมืออุปกรณ์ที่เป็นสัญลักษณ์ เพื่อกระตุ้นหรือรักษากิจกรรที่จำเป็นให้คงอยู่ เช่น การแต่งตัว การติดต่อสื่อสาร อาจต้องใช้สัญลักษณ์หรือภาษากายมากกว่าคำพูด

3) ข้อควรปฏิบัติ ได้แก่ 1) การค้นหาและใช้ทักษะที่ผู้ป่วยยังพอมืออยู่ให้เป็นประโยชน์ เช่น บางคนยังคิดเลขได้ ขับรถได้ เป็นต้น การเน้นในเรื่องความจำ เช่น วัน เวลา สถานที่ เพื่อไม่ให้สับสน 2) การแก้ไขการรับรู้ที่บกพร่อง เช่น สายตา การได้ยิน ควรลดข้อบกพร่องถ้าจำเป็นต้องใช้สายตา การใช้เครื่องช่วยฟังอาจช่วยให้มีการติดต่อสื่อสารที่เหมาะสม รวมทั้งการใช้ภาษากาย การสัมผัส 3) เบี่ยงเบนความสนใจเมื่อเกิดพฤติกรรมที่มีปัญหา 4) จัดระบบรูปแบบในการดำเนินชีวิต จัดตารางกิจกรรมเพื่อช่วยผู้ป่วย 5) ชี้แนะและแสดงตัวอย่างเพื่อให้ผู้ป่วยทำตาม 6) ควรทำซ้ำ ๆ พูดซ้ำ ๆ เพราะผู้ป่วยมีสมาธิสั้นความตั้งใจน้อยและเรียนรู้ช้า 7) ลดความวิตกกังวล 8) จัดสิ่งแวดล้อมให้สะดวกและปลอดภัย 9) เลือกใช้กิจกรรมง่าย ๆ ในการดูแลรักษา

4) ข้อหลีกเลี่ยง ได้แก่ การลดการเผชิญหน้า ทางคำพูด อารมณ์ อย่าประจานหรือต่อว่า พยายามรักษาคุณค่าความเป็นตัวของตัวเองให้ผู้ป่วย การหลีกเลี่ยงการให้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ที่ซับซ้อนและมากเกินไป และการหลีกเลี่ยงการให้ทางเลือกในการตัดสินใจ

3.1 แนวทางปฏิบัติในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม⁶

3.1.1 ปัญหาการอาบน้ำและการดูแลทำความสะอาดร่างกาย

ปัจจัยสาเหตุที่ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุปฏิเสธการอาบน้ำ ได้แก่

- 1) สูญเสียความเป็นส่วนตัว การอาบน้ำถือว่าเป็นกิจกรรมเฉพาะของแต่ละบุคคล การเปิดเผยความเป็นส่วนตัวต่อหน้าบุคคลอื่น อาจก่อให้เกิดความยุ่งยากและความรู้สึกอับอาย ผู้สูงอายุอาจปฏิเสธการช่วยเหลือ หรือพยายามหลีกเลี่ยงกิจกรรมดังกล่าว การแนะนำให้ญาติผู้ดูแลได้เรียนรู้เทคนิคและวิธีการที่เหมาะสม จะสามารถช่วยแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลและช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุร่วมมือในการดูแลตัวเองมากขึ้น ซึ่งวิธีการและเทคนิคดังกล่าวประกอบไปด้วย การเปลี่ยน

⁵ Alzheimer's Australia, Section 2: Caring for someone with dementia [ออนไลน์], 1 มกราคม 2553. แหล่งที่มา <http://www.alzheimers.org.au/content.cfm?topicid=26>

เสื้อผ้าควรทำให้มีมิติ เพื่อให้เกิดความรู้สึกที่เป็นส่วนตัว, อาจมีการปิดกระจก หากผู้สูงอายุไม่สามารถยอมรับหรือจำตนเองได้, ในการเข้าไปช่วยเหลือควรสร้างความรู้สึกให้ผู้สูงอายุนั่งใจและอบอุ่นใจ

- 2) สิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุอาจเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย หากอยู่ในห้องที่มีแสงสว่างน้อย มีเสียงดัง มีอากาศร้อนหรือหนาวจนเกินไป ปัจจัยเหล่านี้อาจกระตุ้นให้ผู้สูงอายุแสดงออกพฤติกรรมก้าวร้าว อาจแก้ไขได้โดยการเปิดเพลงเบาๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายรู้สึกสงบมากขึ้น, การเลือกเวลาในการอาบน้ำให้เหมาะสม และพยายามปรับให้เป็นเวลาให้การอาบน้ำในแต่ละวันให้อยู่ในช่วงเวลาเดียวกันทุกวัน, การติดตั้งอุปกรณ์ที่เอื้ออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ เช่น ราวจับมือจับ จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกเกิดความมั่นใจ สามารถควบคุมการทรงตัวได้ดี และทำให้การอาบน้ำเป็นเรื่องง่ายสำหรับผู้สูงอายุมากขึ้น, การปรับห้องน้ำให้มีแสงสว่างอย่างเพียงพอ
- 3) เกิดความกลัว อาการกลัวน้ำเป็นปัญหาที่สามารถเกิดขึ้นได้ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะไม่สามารถคาดการณ์ หรือคาดคะเนความลึกของน้ำ ในกรณีที่ใช้อ่างอาบน้ำ ทำให้เกิดอาการตกใจกลัวที่จะก้าวลงไปสัมผัสกับน้ำโดยตรง สำหรับแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญความกลัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้อาบน้ำเป็นกิจกรรมแรกในแต่ละวัน, หลีกเลี่ยงการอาบน้ำและการสระผมในเวลาเดียวกัน เนื่องจากการสระผมพบว่าผู้สูงอายุบางรายอาจเกิดอาการหวาดกลัวจากการเปิดน้ำจากฝักบัวมาสัมผัสกับศีรษะโดยตรง อาจทำให้ปฏิเสธการทำกิจกรรมทั้งสองอย่างในเวลาเดียวกัน การใช้มือสัมผัสเบาๆ จะช่วยให้รู้สึกอบอุ่น ลดการหวาดกลัวได้

3.1.2 ปัญหาการแต่งกาย

สำหรับแนวทางและกลวิธีในการจัดการกับพฤติกรรมดังกล่าว ประกอบไปด้วย

- 1) สถานที่หรือห้องที่ใช้ในการแต่งตัว ควรมีอากาศที่ถ่ายเทสะดวก
- 2) หากพบว่าผู้สูงอายุสวมใส่เสื้อผ้าที่ซ้อนทับกันหลายชั้น ผู้ดูแลสามารถแนะนำและอธิบายให้ถอดเสื้อผ้าที่ซ้อนทับกันหลายชั้นออกได้
- 3) ให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสในการเลือกสวมใส่เสื้อผ้าที่ตนเองชอบ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจและความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งในการเลือกเสื้อผ้าสวมใส่แต่ละครั้ง ควรเปิดโอกาสให้เลือกเพียง 2 ชุด เพื่อป้องกันการสับสน
- 4) การเลือกซื้อเสื้อผ้าควรเลือกที่สวมใส่สบาย รีดและทำความสะอาดง่ายเพื่อประหยัดเวลาและช่วยลดภาระของผู้ดูแล

- 5) เมื่อการดำเนินของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น ผู้สูงอายุจะเกิดความสับสนในขั้นตอนการสวมใส่มากขึ้น เช่นมีปัญหาในการติดกระดุม และการรัดเชิพ การดัดแปลงชนิดของเสื้อผ้าจะช่วยอำนวยความสะดวกและลดขั้นตอนในการสวมใส่ เพื่อให้สะดวกต่อการใช้งานมากขึ้น เช่นอาจใส่เสื้อคอกลมที่สวมเข้าศีรษะแทน การใส่เสื้อผ้าผ่าหน้าที่ต้องติดกระดุม หรือการใส่กางเกงผ้ายืดแทนการใส่กางเกงที่ต้องติดกระดุมหรือการรัดเชิพ เป็นต้น
- 6) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร การสังเกตลักษณะการแสดงออกของสีหน้า และแววตา สามารถช่วยให้ผู้ดูแลได้เข้าใจถึงความต้องการ หรือความไม่สุขสบายต่างๆหากเสื้อผ้าที่ใช้สวมใส่ทำให้รู้สึกหนาวหรือร้อนจนเกินไป

3.1.3 พฤติกรรมการเดินหลงทาง

ลักษณะและรูปแบบของพฤติกรรมการเดินหลงทาง ได้ดังนี้

- 1) Direct travel เป็นลักษณะของการเดินทางที่มุ่งตรงไปเรื่อยๆไม่มีการเดินย้อนกลับมาบริเวณเดิม มีทิศทางในการเดินที่แน่นอน
- 2) Random travel เป็นลักษณะของการเดินทางแบบ วอกไปวนมา มีทิศทางในการเดินไม่แน่นอน
- 3) Pacing เป็นลักษณะของการเดินทางแบบย้อนกลับไปกลับมา สะเปะสะปะ เช่นเมื่อก้าวเดินไปข้างหน้าแล้วมักจะเดินย้อนกลับมาที่เดิม อยู่ในพื้นที่ที่จำกัด
- 4) Lapping เป็นลักษณะของการเดินทางไปรอบๆ ลักษณะการเดินแบบวงกลม

แนวทางปฏิบัติในการจัดการพฤติกรรมการเดินหลง ดังต่อไปนี้

- 1) การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม พยายามลดปัจจัยต่างๆ เช่นวัตถุที่อยู่รอบๆตัว ผู้สูงอายุที่สามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมในการตามหา, ควรจัดให้มีพื้นที่ ที่ผู้สูงอายุสามารถเดินไปมาได้อย่างปลอดภัย เช่นในการจัดสวนอาจมีการออกแบบลักษณะของทางเดิน ที่ให้ผู้สูงอายุสามารถเดินวนไปวนมา หรือสามารถเดินย้อนกลับมาตรงตำแหน่งเดิม, ประตูป้านอาจมีการทาสี เพื่อให้ลักษณะของพื้นสีประตูเป็นสีเดียวกับผนังของประตูป้าน
- 2) การใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการดูแล อาจมีการติดตั้งอุปกรณ์ที่มีเสียง เช่นกระดิ่ง หรือออกไฟฟ้าไว้ที่ประตูป้าน เพื่อเป็นสัญญาณเตือนหากผู้ป่วยเดินออกนอกบริเวณบ้าน และส่งเสริมให้มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ซึ่งในปัจจุบันมีการนำระบบ GPS (Global Positioning System) เชื่อมต่อกับโทรศัพท์มาใช้ในการติดตามผู้สูงอายุที่หายตัวออกนอกบริเวณบ้าน

- 3) การให้การดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจ ควรให้ผู้สูงอายุได้มีการตรวจเช็คร่างกาย เพื่อค้นหาภาวะความเจ็บป่วย อาการปวดต่างๆ ที่อาจส่งเสริมหรือกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเริ่มมีอาการของพฤติกรรมกดกล่อม หลีกเลี้ยงยาที่กระตุ้นให้เกิดอาการสับสน หรือยาในกลุ่มที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการง่วงซึมตลอดเวลา และในกรณีที่ผู้สูงอายุมีอาการง่วงและมีความต้องการในการเดินตลอดเวลา ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการออกกำลังกาย
- 4) การให้ข้อมูลและให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ควรแนะนำให้ผู้ดูแลสร้างสัญลักษณ์หรือเล็อกใช้สิ่งของที่บ่งบอกลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุ เช่น อาจใช้กำไล หรือสร้อยข้อมือที่สลักชื่อ หรือเบอร์โทรศัพท์ ติดตัวตลอดเวลา หากในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุหายตัวออกจากบ้านไป

3.1.4 การแสดงออกถึงความต้องการทางเพศที่ผิดปกติ

สามารถแบ่งชนิดของพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้ 3 ชนิด คือ

- 1) การแสดงออกด้วยคำพูด เป็นพฤติกรรมที่พบมากที่สุดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่เป็นการใช้ภาษาในการแสดงถึงความต้องการของตน
- 2) การแสดงออกด้วยการกระทำ เช่น อาจมีการสัมผัส การรูปไข่ การถอดเสื้อผ้า และการช่วยตัวเอง ซึ่งอาจมีการเปิดเผยในที่สาธารณะหรือในที่ที่เป็นส่วนตัว
- 3) การแสดงออกที่ปิดบังซ่อนเร้น กล่าวคืออาจไม่มีการแสดงพฤติกรรมดังกล่าวออกมาด้วยการกระทำหรือคำพูด แต่อาจมีการใช้สื่อหรืออุปกรณ์ที่ลามกอนาจารมาใช้เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง

กลวิธีในการดูแลผู้สูงอายุที่มีการแสดงออกถึงความต้องการทางเพศที่ผิดปกติ ดังนี้

- 1) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการจัดการกับความรู้สึกออกมาในทางที่เหมาะสม
- 2) ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาในความต้องการทางเพศของผู้ป่วย
- 3) หลีกเลี้ยงการสนทนาและการใช้ข้อความที่อาจทำให้เกิดความเข้าใจผิด หรือการตีความหมายไปในทางกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางเพศ
- 4) ให้อิสระในการทำกิจกรรมต่างๆ ถ้ากิจกรรมที่ทำนั้นปลอดภัยและไม่ทำให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวเกิดความเครียด
- 5) ควรจัดสถานที่ที่เป็นส่วนตัวหากผู้สูงอายุแสดงความต้องการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง หรือการถอดเสื้อผ้าในที่สาธารณะ
- 6) พยายามเบี่ยงเบนความสนใจหรือส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมอื่นแทน

- 7) หากผู้สูงอายุแสดงถึงความต้องการทางเพศที่รุนแรงและก้าวร้าวผู้ดูแลควรพยายามหลีกเลี่ยงการเข้าไปจัดการในสถานการณ์ดังกล่าว และควรขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างหากอยู่ในสถานการณ์ที่เป็นอันตราย

3.1.5 ปัญหาการติดต่อสื่อสาร

ปัญหาการติดต่อสื่อสารถือได้ว่าเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องของการใช้ภาษา ดังนั้นเป้าหมายของการดูแลจึงเน้นวิธีการที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแล ได้มีวิธีการสื่อสารที่สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรักษาระดับการทำหน้าที่ของร่างกาย และคงไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้มากที่สุด ซึ่งเทคนิคการสื่อสารที่สามารถช่วยแบ่งภาระของผู้ดูแล และช่วยให้การสื่อสารระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุเข้าใจกันมากขึ้นดังนี้

- 1) ในการสนทนาและสื่อสารกับผู้สูงอายุควรมีการประเมินความสามารถในการอ่านและความสามารถในการทำความเข้าใจกับประโยคหรือข้อความง่ายๆ ควบคู่กับภาษาที่ผู้สูงอายุใช้ในการสื่อสาร
- 2) ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดสิ่งกระตุ้นต่างๆที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร
- 3) ในขณะที่เริ่มการสนทนา ผู้ดูแลควรอยู่ในทิศทางที่ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นได้ชัดเจน อาจใช้เทคนิคการสัมผัสเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ และสนใจในประเด็นที่กำลังสนทนาอยู่ขณะนั้น
- 4) ลักษณะของโทนเสียงและน้ำเสียงที่ใช้ในการสื่อสาร ควรพูดด้วยน้ำเสียงที่ปกติ มีความนุ่มนวลและชัดเจน
- 5) ประโยคหรือวลีที่ใช้ในการสื่อสารควรมีความกระชับ ไม่ยาวจนเกินไป บางครั้งอาจมีการตัดประโยคหรือข้อความให้สั้นลง แต่ให้คงความหมายเดิมไว้
- 6) ในระหว่างการสื่อสารอาจมีการใช้รูปภาพหรือท่าทางประกอบการอธิบายเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจความหมายของคำมากยิ่งขึ้น
- 7) หากต้องการให้ผู้สูงอายุตัดสินใจเลือกสิ่งของบางอย่าง ประโยคหรือข้อความที่ใช้ตั้งคำถาม ควรเป็นประโยคที่สามารถตอบได้สั้นๆ เช่น ใช่ หรือไม่ใช่ เป็นต้น
- 8) หลีกเลี่ยงการตั้งคำถามหรือประโยคเชิงทดสอบ เพราะอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล
- 9) หากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการสื่อสารมากขึ้น เนื่องจากสภาพสุขภาพของโรค ทำให้ไม่สามารถพูดหรือสื่อสารออกเป็นประโยคได้ การขอความช่วยเหลือและขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการฝึกพูด จะสามารถช่วยหาแนวทางในการสื่อสารกับผู้สูงอายุให้เข้าใจได้มากขึ้น

3.1.6 ปัญหาการนอนหลับพักผ่อน

ความผิดปกติของการนอนหลับถือได้ว่าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 27-40 ของผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของสมอง ส่วนสาเหตุของความผิดปกติของการนอนหลับ พบว่ามีสาเหตุจากหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ความผิดปกติของสมอง หรือสมองบางส่วนถูกทำลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมองส่วนไฮโปทาลามัส ทำให้วงจรการนอนหลับถูกรบกวน โดยเฉพาะในระยะ NON-REM –Sleep และระยะ REM – Sleep ของการนอนหลับ ความผิดปกติดังกล่าวส่งผลให้ระยะเวลาในการนอนหลับในช่วงกลางวันยาวนานขึ้น ในขณะที่ระยะเวลาในการนอนหลับช่วงกลางคืนลดน้อยลง ทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลงตามไปด้วย และหากความผิดปกติของการนอนหลับที่เกิดขึ้นติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน มักเป็นสาเหตุทำให้เกิดการอ่อนเพลีย รวมถึงการแสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าวเพิ่มมากขึ้น

วิธีการและเทคนิคที่ช่วยเอื้อประโยชน์การนอนหลับของผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย

- 1) ประเมินและพิจารณาหาสาเหตุร่วมกับแพทย์ ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการนอนหลับ ทั้งนี้ปัญหาดังกล่าวอาจมาจาก การมีภาวะความเจ็บป่วย
- 2) หลีกเลี่ยงยาหรือสารเคมีบางตัวที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น กาแฟ บุหรี่
- 3) ส่งเสริมให้มีการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบริเวณห้องนอน โดยการจำกัดความดังของเสียงให้น้อยกว่า 45 เดซิเบล ในช่วงเวลากลางวัน และให้น้อยกว่า 20 เดซิเบล ในช่วงกลางคืน
- 4) การใช้สุคนธ์บำบัด โดยเฉพาะการใช้กลิ่นลาเวนเดอร์ และกลิ่นคาร์โมมาย จะสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการนอนหลับ และสามารถช่วยลดปริมาณการใช้ยานอนหลับได้ในผู้สูงอายุ
- 5) การใช้แสงบำบัด คือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้สัมผัสกับแสงแดดอ่อนๆ ในช่วงเช้า เนื่องจากแสงแดดจะช่วยปรับวงจรการนอนหลับให้มีลักษณะใกล้เคียงกับวงจรการนอนหลับของคนปกติ ส่งผลให้ปริมาณการนอนหลับในช่วงระหว่างวัน และปริมาณการตื่นนอนในช่วงกลางคืนลดลง
- 6) ควรจำกัดระยะเวลาและปริมาณการงีบหลับในแต่ละวัน โดยหลีกเลี่ยงให้ผู้สูงอายุนอนหลับในช่วงเที่ยงวัน
- 7) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการออกกำลังกายในช่วงเช้า ซึ่งเป็นช่วงที่ร่างกายสามารถสัมผัสแสงแดดโดยไม่เป็นอันตรายมากนัก ผู้สูงอายุที่งีบหลับ หลังรับประทานอาหารกลางวันเป็นเวลา 30 นาที ร่วมกับการออกกำลังกายในตอนเช้า โดยการยืด และหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ติดต่อกัน จะมีประสิทธิภาพการนอนดีขึ้น การตื่นลดลง

3.1.7 ปัญหาพฤติกรรมกรับประทานอาหารที่ผิดปกติ

การจัดอาหารควรจัดให้มีความเหมาะสมกับระยะการดำเนินของโรค ควรคำนึงถึงคุณค่าทางสารอาหาร และให้มีความเพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุ รูปแบบของอาหารควรเป็นอาหารอ่อนที่ย่อยง่าย อาหารประเภทโปรตีน ควรทำให้เปื่อย รสชาติไม่จัดจนเกินไป สีสันดูน่ารับประทาน เพื่อเพิ่มความสนใจให้ผู้ป่วยเกิดความอยากในการรับประทานอาหาร อาหารที่เป็นอันตรายควรหลีกเลี่ยง คือ ลักษณะของอาหารที่เป็นก้อนแข็ง อาหารที่เหนียว เคี้ยวไม่ขาด และภาชนะที่ใส่อาหารควรมีความปลอดภัยเสมอ

เทคนิคในการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรักษาและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย

- 1) มีการประเมินสาเหตุ ที่ส่งผลให้พฤติกรรมกรับประทานอาหารเปลี่ยนไป เช่นผลจากการได้รับยาบางชนิด การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ภาวะความเจ็บปวด และผลของภาวะซึมเศร้าที่ทำให้ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง
- 2) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้มีส่วนร่วมในการคิด และเลือกรับประทานอาหารได้ในแต่ละมื้อ โดยที่อาหารที่ให้เลือกนั้นควรเป็นอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
- 3) ผู้ที่ให้การดูแลควรนั่งรับประทานอาหารร่วมกับผู้สูงอายุ เพื่อที่จะได้ประเมินในเรื่องของภาวะโภชนาการในแต่ละมื้อว่ามีความเพียงพอหรือไม่
- 4) พื้นที่หรือห้องที่ใช้ในการรับประทานอาหาร ควรเป็นห้องที่เงียบสงบ ปราศจากเสียงดังรบกวน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีสมาธิ จดจ่ออยู่กับการรับประทานอาหาร
- 5) ในระหว่างที่มีการรับประทานอาหาร แนะนำให้ใช้มือสัมผัสกับผู้สูงอายุด้วยความสุภาพอ่อนโยน จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และช่วยเพิ่มปริมาณการรับประทานอาหารได้อีกวิธีหนึ่ง
- 6) อาหารที่จัดให้ควรเป็นอาหารที่ย่อยง่าย มีส่วนผสมของแป้งและน้ำตาลในปริมาณที่น้อยๆ ควรเน้นอาหารประเภทผักและผลไม้เพื่อเพิ่มการทำงานของลำไส้ ลดปัญหาการเกิดภาวะท้องผูกที่มักพบบ่อยในวัยผู้สูงอายุ
- 7) อนุญาตให้ผู้สูงอายุสามารถใช้มือในการหยิบจับอาหาร แทนการใช้ช้อน เนื่องจากการใช้มือจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสะดวกสบายมากกว่า ทั้งนี้ต้องเน้นให้ทำความสะอาดมือทุกครั้งก่อนให้ผู้สูงอายุรับประทานในในแต่ละมื้อ
- 8) ผู้สูงอายุที่ปฏิเสธการรับประทานหรือความอยากในการรับประทานอาหารลดลง ควรดูแลให้ได้รับอาหารมื้อหลักๆ อย่างน้อย 1 มื้อในแต่ละวัน ร่วมกับการตกแต่งอาหารให้มีสีสันน่ารับประทาน และเลือกอาหารที่ผู้สูงอายุชอบ จะสามารถช่วยส่งเสริมการรับประทานอาหารให้กับผู้สูงอายุได้อีกวิธีหนึ่ง

3.1.8 ปัญหาพฤติกรรมมึนวายก้าวร้าว

ปัญหาพฤติกรรมมึนวายก้าวร้าวเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของโรค อุบัติการณ์การเกิดพบได้ประมาณร้อยละ 24-98 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบ่งเป็นการกระทำที่แสดงออกทางร่างกาย พบร้อยละ 19.5 การกระทำที่แสดงออกด้วยคำพูด พบร้อยละ 31 และพบมีพฤติกรรมทั้งสองอย่างรวมกันร้อยละ 25

แนวทางและวิธีการในการจัดการกับพฤติกรรมที่เหมาะสมในการช่วยลดภาวะและลดความตึงเครียดของญาติผู้ดูแลจะประกอบไปด้วย

- 1) ประเมินหาปัจจัยและสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ทั้งนี้อาจเกิดจากการเจ็บป่วยทางร่างกาย การได้รับยา หรือ การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่ปลอดภัย เช่น การอยู่ในบริเวณที่มีเสียงดัง
- 2) หากผู้ดูแลรู้สึกเครียดกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุ การหาแหล่งประโยชน์ในการช่วยสนับสนุนและส่งเสริมการดูแลจะสามารถช่วยให้ผู้ดูแลได้เข้าใจ และมีทัศนคติในการดูแลที่ดี เช่น การเข้ากลุ่มผู้ดูแลที่มีประสบการณ์เดียวกัน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการดูแลระหว่างกันได้
- 3) การใช้แพทย์ทางเลือก โดยเฉพาะการใช้สมุนไพรบำบัด จะสามารถช่วยในเรื่องของการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวให้สงบลงได้
- 4) การใช้ดนตรีบำบัด ช่วยในเรื่องของการปรับพฤติกรรมโดยการเปิดเพลงเบาๆ ให้ผู้สูงอายุได้ฟัง จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย ลดพฤติกรรมก้าวร้าวที่มากเกินไป รวมถึงช่วยในเรื่องของการควบคุมอารมณ์หากผู้สูงอายุเริ่มมีอาการโกรธและหงุดหงิดง่าย นอกจากนี้การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รู้สึกผ่อนคลายโดยการใช้วิธีนวดสัมผัส ร่วมกับให้ผู้สูงอายุได้ฟังเพลงที่ตนเองชื่นชอบ จะสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแล โดยพบว่าการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกด้วยการกระทำ และคำพูดลดลง
- 5) การใช้สัตว์เลี้ยงช่วยในการบำบัด คือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ มอง พุดคุย และสัมผัสกับสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข จะสามารถช่วยในเรื่องของการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมให้สงบลงได้ นอกจากนี้ยังสามารถช่วยเพิ่มทักษะการเข้าสังคม และเพิ่มความสนใจต่อการทำกิจกรรมต่างๆมากขึ้น

3.1.9 การแสดงพฤติกรรมซ้ำๆ

สามารถแบ่งรูปแบบการแสดงออกของพฤติกรรมซ้ำๆ แบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท ดังนี้

- 1) การแสดงออกทางร่างกาย พบได้ร้อยละ 59.5

- 2) การแสดงออกทางคำพูด อาจอยู่ในลักษณะของการถามซ้ำๆ หรือการถามในประโยคเดิมๆ พบได้ร้อยละ 74.4
- 3) มีการแสดงออกทางคำพูดและทางร่างกายควบคู่กันไป พบได้ร้อยละ 35.4

วิธีการและเทคนิคในการช่วยให้ผู้ดูแล ประกอบไปด้วย

- 1) ประเมินลักษณะรูปแบบและการแสดงออกของพฤติกรรม รวมถึง ปัจจัยต่างๆ ที่มากระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการแสดงพฤติกรรมออกมา
- 2) หากผู้สูงอายุต้องการจัดการกับสิ่งของอย่างใดอย่างหนึ่งด้วยมือของตนเอง พยายามหากิจกรรมที่ตอบสนองของความต้องการดังกล่าวโดยให้มีลักษณะที่คล้ายๆกัน เช่นอาจเปลี่ยนให้ไปล้างจาน ชักผ้า หรือพับกระดาษ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีการแสดงออกในทางที่เหมาะสม
- 3) ในระหว่างที่มีการติดต่อสื่อสารและการสนทนา หากผู้สูงอายุสื่อสารด้วยประโยคหรือพูดในลักษณะซ้ำไปซ้ำมา ผู้ดูแลไม่ควรโต้ตอบหรือแสดงปฏิกิริยาที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกกังวล ควรปรับเปลี่ยนความสนใจไปเรื่องอื่นแทน
- 4) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ฟังเพลงคลาสสิกและเพลงเพลงที่ผู้สูงอายุชื่นชอบ จะสามารถช่วยลดความถี่ของการแสดงพฤติกรรม

3.1.10 พฤติกรรมการชุกชอน สะสมสิ่งของ และทำของหาย

สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพฤติกรรมกรรมการชุกชอน สะสมสิ่งของ และทำของหาย เช่นการชุกชอนอาหาร ยา หนังสือพิมพ์ เงิน กุญแจ หรือของมีค่าต่างๆ สามารถพบได้ประมาณร้อยละ 22 แนวทางและวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ภายในบริเวณที่อยู่อาศัย จะสามารถช่วยลดพฤติกรรมและอันตรายต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ

แนวทางในการจัดการและการรับมือ ประกอบไปด้วย

- 1) พยายามหลีกเลี่ยงการเก็บสิ่งของที่มีค่าขึ้นเล็กๆไว้ในที่ที่ผู้สูงอายุสามารถหาหรือพบได้ง่าย ควรเก็บใส่กล่องและเก็บในที่มิดชิด
- 2) ควรลดหรือจำกัดบริเวณสถานที่ที่ผู้สูงอายุสามารถนำของไปชอนได้ เช่นอาจลดจำนวนการใช้ห้องบางห้อง โดยการล็อกกุญแจ
- 3) ควรมีการจัดสำรองอุปกรณ์จำเป็นบางอย่าง เช่นกุญแจบ้าน กุญแจรถ เพื่อให้สามารถนำมาใช้งานได้ทันที หากพบว่าเกิดการสูญหาย เนื่องจากผู้สูงอายุเอาไปชอน หรือนำไปเก็บไว้ในตำแหน่งที่ไม่สามารถจำได้
- 4) ก่อนการทิ้งขยะทุกครั้ง ควรมีการตรวจสอบให้แน่ใจว่า ไม่มีสิ่งของ หรือของที่มีค่าหลงเหลืออยู่ในถังขยะ เนื่องจากผู้สูงอายุสามารถนำของไปชอนได้เช่นกัน

4. แนวความคิดเกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม

แนวคิดการออกแบบสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วยหลักสำคัญ 4 ประการ⁷ ดังนี้

- 1) ด้านความปลอดภัย
- 2) สิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ
- 3) การเตรียมการสำหรับในกรณีฉุกเฉิน
- 4) การจัดสภาพแวดล้อมในพื้นที่ใช้สอยต่างๆ

4.1 ด้านความปลอดภัย

สำหรับขั้นตอนในการจัดบ้านให้มีความปลอดภัย มีหลักดังนี้

4.1.1 พื้นและวัสดุปูพื้น

- 1) วัสดุปูพื้นต้องมีลักษณะไม่ลื่นและไม่ควรลงแวกซ์
- 2) จัดเก็บพรมเช็ดเท้าที่อาจทำให้เกิดการลื่นหกล้มได้
- 3) ควรเลือกใช้พรมสีเรียบมากกว่าใช้พรมที่มีลวดลายสีฉูดฉาด
- 4) ยึดหรือติดเทปกาวที่พรมเช็ดเท้า เพื่อป้องกันการลื่นล้ม

4.1.2 ทางเดิน

- 1) ผู้ดูแลควรออกแบบทางเดินให้มีความปลอดภัย
- 2) จัดเก็บข้าวของที่วางระเกะระกะ ไม่ให้ขวางทางเดิน
- 3) เก็บเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เป็นอันตรายให้พ้นจากผู้สูงอายุ
- 4) เคลียร์เส้นทางที่ใช้สำหรับหนีไฟ
- 5) จัดเก็บสิ่งของที่อาจจะทำให้เกิดอันตรายจากการลื่นล้มทั้งหมด
- 6) จัดเก็บวัตถุมีพิษต่าง ๆ ที่อาจมีลักษณะคล้ายผลิตภัณฑ์อาหาร
- 7) เก็บของมีคมต่าง ๆ ให้เรียบร้อย
- 8) ไม่ควรปลูกต้นไม้ที่มีหนามแหลมคมไว้ภายในบ้าน

4.1.3 บันได

- 1) ติดตั้งราวจับบริเวณบันไดอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ขั้นแรกจนถึงขั้นสุดท้าย
- 2) ติดตั้งแถบกันลื่นบริเวณขั้นบันไดและให้ใช้สีที่แตกต่างกับสีพื้นในขั้นแรกและขั้นสุดท้ายเพื่อช่วยในการรับรู้ความลึกของบันได

⁷ Maria M.Meyer, Mary S. The Comfort of Home for Alzheimer's Disease. CareTrust Publications, Portland, 2007.

- 3) ติดตั้งประตูรั้วและกุญแจล็อก บริเวณบันไดชั้นสุดท้าย (ชั้นบน) โดยให้ประตูมีความสูงมากกว่าเอว เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการปีนข้ามรั้วได้
- 4) บันไดจะต้องมีลักษณะพื้นผิวที่ไม่ใช่โลหะเปลือยหรือยางพาด้านเพราะจะทำให้เกิดการลื่นล้มได้

4.1.4 ประตู

- 1) ไม่ควรติดตั้งใช้ค้ำประตู
- 2) เก็บบหรือช้อนรีโมทประตูทุกชั้นให้พ้นจากผู้สูงอายุ
- 3) ติดตั้งระบบล็อก ระบบสัญญาณเตือน กระดิ่งที่ประตู

4.1.5 เฟอร์นิเจอร์

- 1) ควรเคลื่อนย้ายเฟอร์นิเจอร์ที่ไม่จำเป็นออก
- 2) จัดวางเฟอร์นิเจอร์ให้มีพื้นที่เพียงพอสำหรับทางเดิน หรือเก้าอี้รถเข็น
- 3) จัดวางเฟอร์นิเจอร์ให้เหมาะสมและไม่ควรเคลื่อนย้ายภายหลัง
- 4) เก้าอี้สำหรับผู้สูงอายุควรมีพนักแขนเพื่อช่วยพยุงตัว
- 5) ติดตั้งอุปกรณ์กันกระแทกตามมุมเฟอร์นิเจอร์ ตู้ลิ้นชัก โต๊ะเครื่องแป้ง
- 6) ความสูงของเก้าอี้สูงควรอยู่ที่ 50 เซนติเมตร
- 7) ติดเทปสะท้อนแสงที่เฟอร์นิเจอร์ป้องกันการกระแทก
- 8) ล็อกกุญแจตู้เก็บเหล่า เบียร์และของมีนเมาต่าง ๆ
- 9) ควรเก็บอาวุธปืนไว้ในตู้ที่มีกุญแจล็อก
- 10) ควรปกปิดวัสดุที่มีลักษณะมันวาวหรือกระจกสะท้อนที่อาจทำให้ผู้สูงอายุที่มีอาการสับสน ก้าวร้าวได้

4.1.6 ไฟฟ้าแสงสว่าง อุปกรณ์ไฟฟ้าและงานระบบต่างๆ

- 1) วางโทรศัพท์และไฟฉายไว้ในตำแหน่งที่ง่ายต่อการใช้งาน
- 2) สำหรับห้องนอนควรหาวัสดุหุ้มเพื่อป้องกันอันตราย
- 3) ติดตั้งไฟฟ้าแสงสว่างบริเวณบันไดและทางเดิน
- 4) ติดตั้งสัญญาณจับควันไฟในทุกชั้นและทุกห้องนอน
- 5) ติดตั้งไฟฟ้าแสงสว่าง ควรหลีกเลี่ยงแสงที่จ้าเกินไป โดยใช้แสงแบบ Indirect เช่น การติดไฟผนัง เป็นต้น
- 6) ใช้หลอดไฟที่มีขนาดกำลัง 100-200 วัตต์ ในพื้นที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ
- 7) ติดฉนวนกันความร้อน
- 8) ติดตั้งปลั๊กที่ป้องกันนิ้วเหยียด (สำหรับเด็ก) ทุก ๆ เต้ารับภายในบ้าน

4.2 ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ

กรณีที่สูงอายุไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ หรือต้องนั่งรถเข็น Wheelchair สามารถอธิบายหลักการออกแบบสิ่งอำนวยความสะดวกในที่อยู่อาศัย ได้ดังนี้

- 4.2.1 สำหรับผู้สูงอายุที่นั่งเก้าอี้รถเข็น ควรติดตั้งระบบเปิด – ปิดประตูอัตโนมัติ
- 4.2.2 ประตูควรมีความกว้าง 90 ซม. ติดตั้งมือจับชนิดก้านโยก
- 4.2.3 ควรติดตั้งทางลาดและราวจับเพื่อความปลอดภัย
- 4.2.4 กรณีที่ต้องมีการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุที่ขึ้นลงชั้นอื่น ๆ ภายในบ้าน ควรติดตั้งลิฟท์
- 4.2.5 ผู้สูงอายุที่นั่งเก้าอี้รถเข็น จะมีระยะเอื้อมมือ 60 ซม. ในแนวนอนและระยะ 45 ซม. จากระดับพื้นถึง 160 ซม. ในแนวตั้ง สำหรับวางตำแหน่งสวิตช์ไฟ โทรศัพท์
- 4.2.6 ระยะการติดตั้งหน้าต่างควรอยู่อยู่ในระดับที่ผู้สูงอายุที่นั่งเก้าอี้รถเข็นสามารถมองเห็นวิวได้และติดตั้งอุปกรณ์ป้องกันการปีนหน้าต่างเพื่อความปลอดภัย

4.3 การเตรียมการสำหรับในกรณีฉุกเฉิน

สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะต้องมีการเตรียมการสำหรับในกรณีฉุกเฉินภายในที่อยู่อาศัย สามารถอธิบาย ได้ดังนี้

- 4.3.1 จัดบันทึกหมายเลขเบอร์โทรฉุกเฉินไว้ใกล้ ๆ กับโทรศัพท์
- 4.3.2 ควรติดตั้งถังดับเพลิงและสัญญาณไฟฉุกเฉิน
- 4.3.3 ควรมีการวางแผนเส้นทางหนีไฟ ไว้ในกรณีที่เกิดเหตุเพลิงไหม้
- 4.3.4 จัดบันทึกรายชื่อและเบอร์ติดต่อของผู้ดูแล เช่น โรงพยาบาล ประกันภัยต่าง ๆ เป็นต้นสำหรับให้ผู้ดูแลที่ไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก สามารถทำการดูแลผู้สูงอายุได้

นอกจากแนวคิดทั้ง 3 ประการที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ยังมีแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดสภาพแวดล้อมในพื้นที่ใช้สอยต่างในอยู่อาศัย สามารถอธิบายได้ดังนี้^{8,9}

4.4 การจัดสภาพแวดล้อมในพื้นที่ใช้สอยต่างๆ

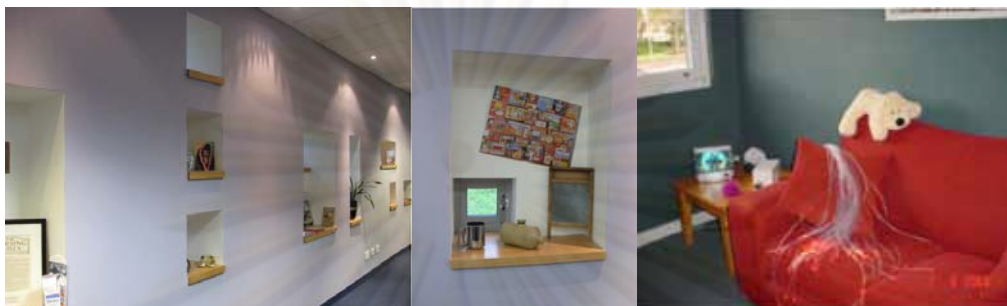
4.4.1 ห้องนั่งเล่น และห้องทำงาน

ปัญหาส่วนใหญ่ของการใช้พื้นที่นี้ส่วนใหญ่เกิดจากการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าต่างๆ เช่น อันตรายจากการเปิดแก๊ซ, ลืมปิดสวิตช์เครื่องใช้ไฟฟ้า, การกินหรือดื่มสิ่งที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย, หลงลืมว่ารับประทานอาหารหรือดื่มน้ำหรือยัง, ลืมว่าเก็บอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ไว้ที่ใด, ลืมวิธีการปิดก๊อกน้ำและการใช้เก้าอี้รับประทานอาหาร, อาจเกิดอันตรายจากเตาไฟ

⁸ Margaret P. Calkins, M.Arch. Design for Dementia Planning Environments for the Elderly and the Confused. National Health Publishing, 2007.

⁹ Robert Yeoh, At home with dementia. Alzheimer's Australia, 2005.

หลักการออกแบบจะเน้นที่การกระตุ้นให้เกิดทักษะและเป็นการทดสอบเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น การรับประทานอาหารเช้าและการดื่มน้ำ และการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม โดยการสร้างสัญลักษณ์ที่เข้าใจได้ง่ายว่าเป็นพื้นที่ส่วนใด เช่น ในห้องครัวอาจติดรูปภาพอาหารและเครื่องดื่ม การเปิดเพลงเพื่อความผ่อนคลาย และควรคำนึงถึงความปลอดภัย



ภาพที่ 2.1 แสดงการตกแต่งผนังห้องนั่งเล่น ด้วยวัตถุหรือสิ่งของในอดีตของผู้ป่วย¹⁰

ลักษณะของห้องนั่งเล่นที่ดีสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม ทำได้โดยการจัดเฟอร์นิเจอร์ให้มีความเหมาะสมกับการใช้งาน เช่น โซฟามีการยกระดับความสูง มีที่วางแขนและพนักพิงที่สบาย, มีเครื่องปรับอากาศ ปรับอุณหภูมิที่เหมาะสม, มีที่วางน้ำดื่มที่ง่ายต่อการสังเกต, มีรูปถ่ายหรือภาพในอดีตวางอยู่ในห้อง, มีพรมเช็ดเท้าและเฟอร์นิเจอร์ในห้องควรมีการลบมุมเพื่อความปลอดภัย, มีกระดานบันทึกติดไว้ที่ผนัง

ลักษณะของที่ทำงานที่บ้านที่ดีต่อผู้ป่วยสมองเสื่อม สิ่งสำคัญคือการจัดบันทึกเพื่อการจดจำ เช่น ควรมีบอร์ดตารางแสดงวันนัดหมาย และมีรูปภาพของผู้ที่จะไปติดต่อด้วย, มีนาฬิกาที่บอกวัน เวลา, มีเบอร์โทรฉุกเฉิน, มีรูปภาพคนในครอบครัว, มีขนมและเครื่องดื่มที่ทานเป็นประจำ, การลดความสับสน เช่น การเลี้ยงสุนัขไว้เป็นเพื่อน การใช้โต๊ะที่ลบมุมขอบโต๊ะ เป็นต้น

4.4.2 ห้องครัว และพื้นที่รับประทานอาหารเช้า

ห้องครัวนั้นเต็มไปด้วยปัจจัยหลายๆอย่างที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ชื่นชอบการทำอาหารอาจต้องการที่จะทำต่อไปถึงแม้ตนแสดงอาการของโรคความจำเสื่อมมาระยะหนึ่งแล้ว ยกตัวอย่างเช่นอาจจะลืมปิดเตา ไฟจากเตาอาจจะลุกสูงจนเป็นอันตราย และผู้ป่วยอาจลืมวางหม้อเครื่องใช้ต่างๆไว้บนเคาน์เตอร์อย่างไม่ระมัดระวัง ในตอนแรกนั้น เพียงแค่การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดอาจเพียงพอ แต่ถึงอย่างไรนั้นเมื่อถึงระยะหนึ่งนั้น ควรนำอุปกรณ์กันจับมาครอบปุ่มเปิดเตาไว้เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้ไม่สามารถมาเปิดเตาโดยรู้เท่าไม่ถึงได้

¹⁰ Iris Murdoch building, wandering in familiar spaces [ออนไลน์], 1 มีนาคม 2550. แหล่งที่มา <http://www.wanderinginfamiliarspaces.com/iris.html>

เตาไมโครเวฟก็เป็นอีกอย่างหนึ่งที่ควรดูแล ถึงแม้เตาอาจจะอุ่นอาหารได้เร็วขึ้น แต่ถึงอย่างนั้นอันตรายมีอยู่ว่าผู้ป่วยอาจอุ่นอาหารร้อนไปจนทำให้เกิดอันตราย และอาจใช้พัสดุดัดแบบเวลาอุ่นอาหารจนทำให้พัสดุดังกล่าวลวกติดไฟ ทางที่ดีที่สุดควรถอดปลั๊กไฟตลอดเมื่อไม่ใช้งาน และควรซ่อนไว้ให้ดี



ภาพที่ 2.2 แสดงการจัดห้องครัวโดยใช้วัสดุโปร่งใส เพื่อป้องกันการค้นหาสิ่งของ¹¹



ภาพที่ 2.3 แสดงการจัดโต๊ะและเก้าอี้รับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วย¹²

ผู้ป่วยด้วยโรคความจำเสื่อมนั้นมักจะชอบวางสิ่งของไว้ในตู้เย็นโดยบังเอิญเช่นกระเป๋าสตางค์ นอกจากนี้เขาเหล่านั้นอาจยังไม่สามารถแยกแยะระหว่างอาหารที่สามารถรับประทานได้ และอาหารที่ไม่สามารถรับประทานได้ ดังเช่นอาหารดิบหรือของเน่าเสีย อาจเป็นการกระทำที่เกินเหตุ ถ้าจะลือตตู้เย็น แต่ในกรณีที่เป็นจริง ๆ นั้น อาจต้องทำอย่างนั้นก็เป็นได้

ลักษณะของห้องครัวที่ดีสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม ควรคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นหลัก เช่น การลดการวางของบนเคาน์เตอร์ที่อาจทำให้เกิดความสับสนต่อการใช้งาน, การใช้สวิตช์ไฟที่มีระบบการตัดไฟอัตโนมัติ, มีที่วางถ้วยน้ำชาที่สังเกตได้ง่าย, การใช้ชั้นลอยเหนือเคาน์เตอร์แบบไม่มีบานปิดเพื่อป้องกันพฤติกรรมกรรไกรหรือค้อนของผู้ป่วย, มีการลบมุมเคาน์เตอร์ป้องกันการกระแทก, เก้าอี้รับประทานอาหารควรมีที่วางแขนสูงกว่าปกติ

¹¹ เรื่องเดียวกัน

¹² ชนันต์ แสงสีดา. โครงการเดอะซีเนียร์ กรุงเทพฯ [ภาพถ่าย-ข่าว], 11 มกราคม 2552.

ข้อควรพิจารณาในการจัดสภาพแวดล้อมภายในห้องครัวให้มีความปลอดภัย

- 5) ไม่ควรวางพริก และยาต่างๆไว้บนเคาน์เตอร์ห้องครัว และควรเก็บสารทำความสะอาดต่างๆไว้ในตู้ที่สามารถล็อกได้
- 6) นำกรรไกรและมีดออกจากเคาน์เตอร์ และลิ้นชัก เนื่องจากว่าผู้สูงอายุอาจได้รับบาดเจ็บจากสิ่งของเหล่านี้
- 7) ควรซ่อนขยะไว้ไม่ให้ผู้ป่วยหาเจอ
- 8) ควรเขียนบรรยายกำกับตู้ทุกๆตู้ในห้องครัว และตู้ควรมีลิ้นชัก
- 9) ควรติดตั้งเครื่องตัดไฟในห้องครัวไว้เพื่อที่เวลาคุณออกจากห้องครัวนั้น จะยังสามารถตัดไฟไม่ให้คนอื่นเช่นผู้ป่วยเข้าไปใช้ได้
- 10) ควรติดตั้งทางกัน หรือรั้วเพื่อที่ผู้คนสามารถมองเข้ามา และออกไปจากห้องครัวได้โดยไม่ต้องเข้ามาในห้องครัว
- 11) ติดตั้งเครื่องควบคุมปริมาณน้ำประปาที่สามารถใช้ได้
- 12) ใช้กระดาษสี หรือรูปห้องสุขาและนำไปปิดไว้บนประตูห้อง ลิ้นชัก ตู้ และตู้เย็น อาจมีป้ายชื่อติดไว้ โดยเครื่องใช้ต่างๆควรมีสีติดกัน และควรมีโน้ตเตือนว่าต้องทำอะไรบ้างวางไว้ในที่ที่ผู้คนสามารถมองเห็นได้ง่าย

4.4.3 ห้องน้ำและส่วนอาบน้ำ

ปัญหาสำคัญของการใช้พื้นที่นี้ คือ การลืมนิยามการใช้สุขภัณฑ์ เช่น หาปุ่มกดน้ำของสุขภัณฑ์ไม่พบ, ลืมปิดก๊อกน้ำในอ่างล้างหน้าและอ่างอาบน้ำ เป็นต้น อีกทั้งอุบัติเหตุจากการลื่นล้ม เป็นสิ่งสำคัญเพราะห้องน้ำถือเป็นพื้นที่ที่เกิดการลื่นล้มได้มากกว่าพื้นที่อื่นๆ ปัจจัยอีกประการที่มีผลต่อการใช้งาน คือ ขนาดห้องน้ำมีขนาดเล็ก ซึ่งยากต่อการที่ผู้ดูแลจะให้การช่วยเหลือผู้ป่วย



ภาพที่ 2.4 แสดงอ่างล้างหน้าคู่สำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามได้¹³

¹³ เรื่องเดียวกัน

หลักการออกแบบ จะเน้นที่การใช้งานให้เกิดมีความต่อเนื่องกันเพราะในห้องน้ำจะมีกิจกรรมต่างๆ มากมาย เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ เป็นต้น ดังนั้น หลักการจัดการจึงควรส่งเสริมความระมัดระวังเพื่อป้องกันอุบัติเหตุในการเข้าไปใช้งาน เช่น การป้องกันการลื่นล้ม นอกจากนี้อาจมีการสร้างบรรยากาศเพื่อสร้างความผ่อนคลายในส่วนพื้นที่อาบน้ำ เช่น การเปิดเพลงที่ผู้ป่วยชอบ และสิ่งสุดท้ายคือควรคำนึงถึงความง่ายต่อการใช้งานทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

ลักษณะของห้องน้ำที่ดีสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม ควรคำนึงถึงการจัดเครื่องใช้ต่างๆ ให้เป็นระเบียบและเหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น มีตู้เก็บของเครื่องใช้ภายในห้องน้ำ, มีเครื่องทำน้ำร้อน – น้ำเย็น, มีพรมเช็ดเท้าและตะกร้าทิ้งกระดาษชำระที่เคลื่อนย้ายได้, มีการยกกระดับโถสุขภัณฑ์และมีเครื่องช่วยพยุงตัว, มีสัญลักษณ์แสดงปุ่มกดน้ำทิ้งสำหรับโถสุขภัณฑ์, มีช่องใส่กระดาษชำระ, สีของที่นั่งสุขภัณฑ์ควรตัดกับสีห้อง, มีที่นั่งอาบน้ำ รววจับในส่วนอาบน้ำ, มีแผ่นยางกันลื่นในส่วนอาบน้ำ, มีเก้าอี้สำหรับผู้ดูแล, มีช่องสำหรับวางสบู่, ฝักบัวอาบน้ำสามารถเคลื่อนย้ายได้, มีแสงสว่างที่เพียงพอ, มีช่องเสียบปลั๊กไฟ, มีการใช้น้ำหอม การเปิดวิทยุ และตกแต่งกระถางต้นไม้เพื่อสร้างบรรยากาศที่ดี



ภาพที่ 2.5 แสดงใช้สัญลักษณ์ และสีที่ตัดกันในห้องน้ำ

ข้อควรพิจารณาในการจัดสภาพแวดล้อมภายในห้องน้ำให้มีความปลอดภัย

- 1) ผนังกันพื้นที่อาบน้ำควรใช้ผ้ามานานมากกว่าการใช้กระจก
- 2) ใช้สุขภัณฑ์และเครื่องเคลือบอ่างแบบกันลื่น
- 3) ติดตั้งเก้าอี้อาบน้ำในห้องอาบน้ำ
- 4) ตู้เก็บของใต้อ่างล้างหน้าควรมีที่ล็อค เพื่อที่ผู้ป่วยจะไม่สามารถเปิดออกและนำของที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยมารับประทานโดยรู้เท่าไม่ถึงได้
- 5) ควรใช้เครื่องโถแบบชาร์จไฟที่ไร้สาย และควรใช้ในขณะที่มีคนดูแลอยู่
- 6) ฝานั่งชักโครกควรมีความสูงมากขึ้น และติดตั้งราวจับ
- 7) อ่างล้างหน้า อ่างอาบน้ำ และบริเวณอาบน้ำควรมีการติดตั้งระบบตัดน้ำอัตโนมัติ และระบบควบคุมอุณหภูมิน้ำอัตโนมัติ

- 8) ถ้าเป็นไปได้นั้น ที่นั่งชักโครกและอ่างล้างหน้านั้นควรมีสื่อที่ติดกับพื้นห้องน้ำ
- 9) ควรติดตั้งอุปกรณ์กันชนที่นิ่มไว้ตรงขอบปลายต่างๆที่มีความแหลมคม
- 10) ประตูห้องน้ำไม่ควรติดตั้งที่ล้อคประตู
- 11) ควรติดตั้งแถบกันลื่นหรือพรมกันลื่นไว้ในอ่างและที่อาบน้ำ
- 12) เครื่องใช้ไฟฟ้าควรมีสายดิน
- 13) ตำแหน่งของห้องน้ำควรมองเห็นได้จากห้องนอนของผู้สูงอายุและควรเป็นเส้นทางตรงปราศจากสิ่งกีดขวาง
- 14) สบู่ควรเป็นชนิดที่ติดผูกเชือกติดอยู่กับราวมือจับ
- 15) บริเวณอ่างล้างหน้าควรรองรับคนได้สองคนอย่างเพียงพอ
- 16) อ่างล้างหน้าควรมีความสูงประมาณ 80-85 เซนติเมตร จากพื้น
- 17) ก๊อกน้ำควรเป็นชนิดก้านโยก

4.4.4 ห้องนอน

ปัญหาของการใช้ห้องนอนส่วนใหญ่มาจากสภาพแวดล้อมที่รบกวนผู้ป่วย เช่น เสียงดังและแสงสว่างภายในห้องนอน และปัญหาจากตัวผู้ป่วยเอง เช่น การหลั่งมึกกลางคืน-กลางคืน, การเดินวนเวียนภายในห้องเวลากลางคืน, ไม่สามารถเข้าห้องน้ำได้ในเวลากลางคืน ซึ่งจะเป็นการรบกวนการพักผ่อนของผู้ดูแลด้วย

หลักการออกแบบ สิ่งสำคัญคือการกระตุ้นให้เกิดการนอนหลับหรือการพักผ่อนตลอดทั้งคืน และให้ตื่นหรือทำกิจกรรมในเวลากลางวัน, การป้องกันอุบัติเหตุ เช่น การตกเตียงนอน, การวางตำแหน่งของห้องนอนให้อยู่ติดกับห้องน้ำและง่ายต่อการใช้งานในเวลากลางคืน, ควรมีที่นอนสำหรับผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือได้เมื่อมีอาการสับสนของผู้ป่วย



ภาพที่ 2.6 แสดงการวางผังห้องนอนสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม¹⁴

¹⁴ American Institute of Architects. Design for aging review. The images publishing group Ltd, 2006.



ภาพที่ 2.7 แสดงการวางตำแหน่งเตียงนอนที่สามารถมองเห็นห้องน้ำและวิวภายนอก¹⁵

ลักษณะการจัดห้องนอนที่ดีสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและความเรียบง่ายเพื่อการพักผ่อนของผู้ป่วย เช่น ยกกระดานเตียงให้สูงขึ้นและมีที่ก้าวทำขึ้นที่แข็งแรงถาวร, มีการลบมุมเฟอร์นิเจอร์, มีแก้วน้ำและน้ำดื่มภายในห้องนอน, การติดตั้งเครื่องปรับอากาศให้มีอุณหภูมิที่เหมาะสม, มีเก้าอี้ที่มีพนักพิงและที่วางแขน, ตู้เสื้อผ้าควรเป็นบายสไลด์และเปิดไว้ 1 บานเพื่อให้ง่ายต่อการหา, เสื้อผ้าที่กำลังจะใส่ควรวางไว้บนเตียงนอน, สีของผ้าคลุมเตียงควรคนละสีกับเตียงนอน, มีทางเดินได้รอบเตียงนอน

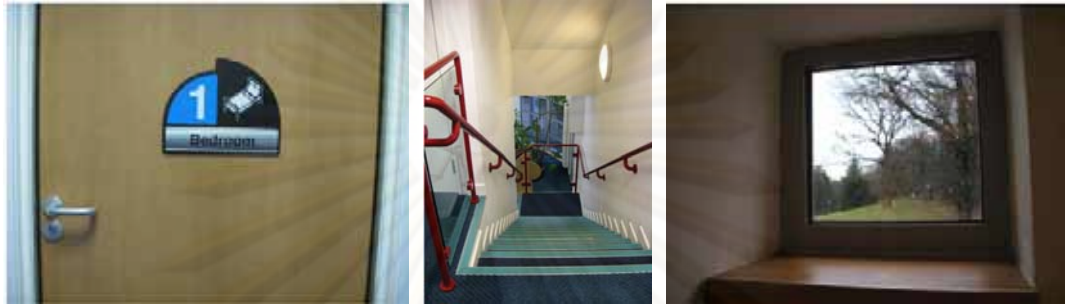
ข้อควรพิจารณาในการจัดสภาพแวดล้อมในห้องนอนให้มีความปลอดภัย

- 1) ติดตั้งเซ็นเซอร์บริเวณประตูห้องเพื่อป้องกันการเดินหลงออกสู่ภายนอก
- 2) สีที่ใช้ในห้องนอน ควรเป็นโทนสีสว่าง
- 3) ห้องนอนควรมีอุณหภูมิที่เหมาะสม 25 องศา และควรมีอากาศถ่ายเท
- 4) พรมที่ใช้ควรรยึดติดกับพื้นได้ดี
- 5) อาจมีตุ้ปลาสำหรับผู้ป่วยเพื่อความผ่อนคลาย โดยยึดติดตั้งกับพื้นผิวที่มีความมั่นคง และจะไม่ตกลงมาแตกได้
- 6) ควรติดตั้งผ้าม่านที่สามารถทำให้ห้องมืดลงได้
- 7) ควรติดตั้งราวแขวนเสื้อที่ความสูง 1.20 เมตร
- 8) โต๊ะเครื่องแป้งนั้นควรมีเก้าอี้นั่ง
- 9) โต๊ะหัวเตียงควรมีไฟฉายไว้สำหรับเวลากลางคืน
- 10) ผนักห้องนอนควรติดรูปถ่ายของคนในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนของผู้ป่วย
- 11) เตียงนอนควรสูงจากพื้น 55 เซนติเมตร และควรรยึดติดกับกำแพงไว้ หรือมีที่กั้นผู้ป่วยไม่ให้นอนตกเตียงได้

¹⁵ Kristina Keneally. At home with dementia A manual for people with dementia and their carers. (NSW Department of Ageing, 2008). p63.

4.4.5 พื้น, ประตู, หน้าต่าง และบันได

ปัญหาที่พบบ่อยมากจากรายงานของสมาคม คือ ปัญหาการทำกุญแจหายบ่อยครั้ง, การลืมวิธีการขึ้นบันได, การกระแทกประตูหน้าต่างที่เป็นกระจก, การใช้พื้นพรมที่มีกลิ่นและเปียกทำให้เกิดการลื่นล้มได้, การหาทางเข้าบ้านไม่พบ



ภาพที่ 2.8 แสดงการออกแบบป้ายสัญลักษณ์บันได และช่องหน้าต่าง¹⁶

หลักการออกแบบ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นหลัก โดยการป้องกันการพลัดตก ลื่นล้ม, การช่วยผู้ป่วยในการเคลื่อนไหว เช่น รววจับ และควรอยู่ในตำแหน่งที่สังเกตได้ง่าย การจัดพื้นที่ให้มีการแบ่งแยกพื้นที่เพื่อไม่ให้เกิดความสับสนในการใช้งาน แต่ไม่จำเป็นที่จะต้องปิดกั้นหรือใช้อุปกรณ์ล็อก ซึ่งการล็อกจะใช้ในบางกรณีเท่านั้น เช่น การป้องกันผู้ป่วยหรือคนพิการ เป็นต้น

ข้อควรพิจารณาในการออกแบบพื้น, ประตู, หน้าต่าง และบันไดให้มีความปลอดภัย

- 1) ติดตั้งสัญญาณเตือนภัยที่จะดังขึ้นเมื่อมีคนออกจากบ้าน
- 2) ที่ล็อกประตูควรติดตั้งในระดับใกล้เคียงกับพื้นเพื่อที่ผู้ป่วยจะได้ไม่สังเกตเห็นได้ง่าย หรืออาจใช้ระบบล็อกแบบรหัส
- 3) กลอนประตูควรมีอะไรหุ้มอยู่ เพื่อที่จะได้ไม่สามารถหมุนเปิดได้ง่าย
- 4) หน้าต่างควรมีราวกัน

4.4.6 สิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ (เครื่องปรับอากาศ, โคมไฟฟ้า, เตาแก๊ซ ฯลฯ)

ปัญหาพบส่วนให้จะเกิดจากปัญหาการหลงลืมของผู้ป่วย เช่น การจำไม่ได้ว่าเปิดหรือปิดไฟ, การที่ผู้ป่วยไม่แสดงอาการว่าอากาศร้อนหรือหนาวอันเกิดจากอาการป่วยของโรค, อันตรายนจากน้ำร้อนลวก, การเปิดน้ำในอ่างล้างมือและอ่างล้างจานทิ้งไว้, การเปิดเตารีดทิ้งไว้, เกิดอาการสับสน ก้าวร้าวจากแสงที่จ้าเกินไป, การขาดแสงสว่างบริเวณทางเดินทำให้หาทางเข้าห้องน้ำไม่เจอในเวลาฉุกเฉิน

¹⁶ Iris Murdoch building, wandering in familiar spaces [ออนไลน์], 1 มีนาคม 2550. แหล่งที่มา <http://www.wanderinginfamiliarspaces.com/iris.html>

หลักการออกแบบ ทำได้โดยควรเพิ่มความปลอดภัยมากขึ้น, สร้างสภาวะความสะอาดภายในห้อง, ลดแสงที่จ้าเกินไป เช่น การใช้ผ้าม่าน หรือมู่ลี่ปรับแสง, การปรับลดแสงสะท้อน เช่น แสงสะท้อนจากพื้น และผนัง เป็นต้น



ภาพที่ 2.9 แสดงการติดรูปภาพที่โทรศัพท์และป้ายสัญลักษณ์บอกทางเดิน ¹⁷

4.4.7 พื้นที่ภายนอก

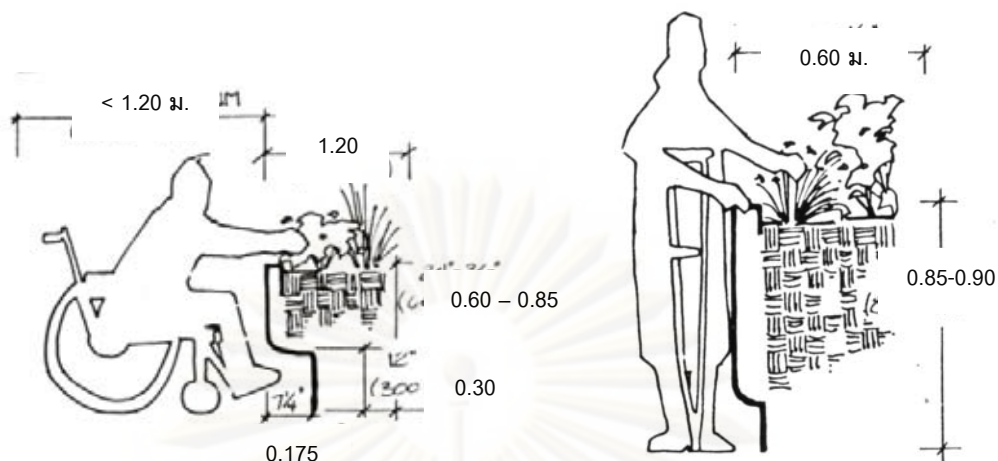
หลักการออกแบบ จะเน้นที่การจัดเตรียมให้สะดวกต่อการเข้าถึงพื้นที่ภายนอกสำหรับกิจกรรมต่าง ๆ และการกระตุ้นให้เกิดการจดจำกับพื้นที่ภายนอกและการเตรียมการป้องกันอันตรายจากการเดินและนั่ง ซึ่งลักษณะของสวนที่ดีของสวนหน้าบ้าน ควรมีรายละเอียดดังนี้ คือ มีสวนเฉลียงที่นั่งในร่ม, ทางเดินต้องเดินได้รอบตัวบ้านและเชื่อมกับสวนหลังบ้านได้, มีปอน้ำพุ, มีประตูลูกไม้ที่แข็งแรง มั่นคง ป้องกันอาการหลงของผู้ป่วย, มีกล่องจดหมาย, ทำรั้วให้สูงระดับสายตา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทักทาย ติดต่อกับเพื่อนบ้านได้ แต่จะมีระบบการล็อกประตูบ้านเพื่อป้องกันการออกจากนอกตัวบ้านของผู้ป่วยด้วย



ภาพที่ 2.10 แสดงจัดสวนแบบเดินวนกลับ และกิจกรรมภายในสวนสำหรับผู้ป่วย ¹⁸

¹⁷ เรื่องเดียวกัน

¹⁸ Murravale. Residential Aged Care [ออนไลน์], October 2005. แหล่งที่มา



ภาพที่ 2.11 แสดงระยะการติดตั้งกระบะต้นไม้ เพื่อกระตุ้นความสนใจให้กับผู้ปว ¹⁹

ข้อพิจารณาในการจัดองค์ประกอบภายในสวนสำหรับผู้ปวสมองเสื่อม มีดังนี้

- 1) ที่นั่งเก้าอี้ยาว สัมผัสกับอากาศบริสุทธิ์ กระตุ้นการรับรู้
- 2) สวนแบบโล่งเน้นไม้ดอกและพื้นผิวทางเดิน
- 3) มีพื้นที่นั่งกลุ่มเล็ก 2-4 คน
- 4) มีกระบะต้นไม้ในสวนเน้นให้ผู้ปวมีการรับรู้โดยการสัมผัส
- 5) งดต้นไม้ที่มีพิษ, มีหนาม
- 6) สร้างจุดสนใจ ได้แก่ สิ่งของหรือวัตถุโบราณ เช่น รูปปั้นตุ๊กตา เป็นต้น
- 7) มีบ่อน้ำพุ birdbath เน้นการรับรู้ด้วยการได้ยิน
- 8) พื้นทางเดินใช้วัสดุไม้สี
- 9) ทางเดินมีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดชัดเจน ไม่สับสน
- 10) มีเก้าอี้ม้านั่งยาว ใกล้กระบะดอกไม้หอม เน้นการรับรู้ด้วยการสูดดมกลิ่น
- 11) ทางคดเคี้ยวมีความน่าสนใจมากกว่าทางตรง สำหรับผู้ปวสมองเสื่อม
- 12) ใช้ดอกไม้สีสดใส เพื่อกระตุ้นความน่าสนใจให้กับผู้ปว

4.4.8 ขนาดพื้นที่และการจัดสภาพแวดล้อมที่มีความสงบ

¹⁹ Harris, C. W., and Dines, N. T. Time-Saver Standards for Landscape Architecture. New York: McGraw-Hill, 1997.

ตารางที่ 2.3 แสดงขนาดพื้นที่ใช้สอยขั้นต่ำสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม²⁰

พื้นที่ใช้สอย	พื้นที่ใช้สอยขั้นต่ำ	ข้อเสนอแนะ
ที่จอดรถ	3x6 m	12x6 m
ทางเข้าหลัก	2x2.5 m	ตามความเหมาะสม
ที่แขวนเสื้อผ้า	1x2 m	
ห้องพักผ่อน	6x8 m	
ห้องทำงาน	2.5x3 m	
ห้องรับประทานอาหาร	4x6 m	
ห้องผู้ดูแล	3x3.5 m	
ห้องน้ำ	จำนวน 2 ห้อง 1.5x2 m	เพิ่ม 1 ห้อง สำหรับผู้ดูแล
ครัว	3x3 m	ตามความเหมาะสม
สวน	อย่างน้อย 15 sq.m.	6x15 m

สำหรับในประเทศไทย ได้มีผู้ศึกษาแนวคิดในการจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไว้เช่นกัน สามารถอธิบายได้ดังนี้

สถาบันประสาทวิทยา เสนอหลักการและวิธีการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย, ใช้เฟอร์นิเจอร์ที่มั่นคง ไม่ลื่น เสียงสิ่งของที่มีล้อ, เสียงการตกแตงด้วยกระจกเงา, ใช้สีห้องและม่าน ควรเป็นสีโทนเดียว สบายตา ไม่มีลวดลาย, ทางเดิน พื้น บันได โถง สะดวก, ป้องกันไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จากอุปกรณ์ต่างๆ เช่น ปลั๊กไฟ อุปกรณ์ไฟฟ้า เต้าแก๊สเครื่องทำน้ำร้อน, ยาและสารเคมี จัดเก็บไว้ในที่มิดชิด, เก็บสิ่งของชิ้นเล็ก ๆ ที่อาจเอาเข้าปากและจมน้ำ ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายได้, ห้องน้ำ ควรแยกส่วนแห้ง ส่วนเปียก เพื่อป้องกันการลื่น อุปกรณ์อาบน้ำ ควรอยู่ในระดับสายตา เพื่อให้ใช้สะดวก มีราวสำหรับจับ ยึด เกาะ

นาฏ ฟองสมุทร เสนอหลักการและวิธีการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยควรเป็นบ้านชั้นเดียว มีบริเวณเดินออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมต่างๆ, หากเป็นบ้านหลายชั้น ควรให้ผู้สูงอายุอยู่ชั้นล่างเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้บันได, รั้วธรณีประตูเพื่อป้องกันการสะดุดล้ม และเพื่อความสะดวกในการใช้รถเข็น, บันไดควรมีราวจับเกาะ หรือหากเป็นไปได้อาจทำทางลาดพร้อมราวจับเกาะ, ปรับปรุงห้องน้ำห้องส้วมให้มีความเหมาะสมกับการใช้สอย เช่น ห้องน้ำต้องแห้งเสมอ เพื่อป้องกันการลื่นหกล้ม ปูกระเบื้องที่ไม่ลื่น, ประตูห้องน้ำเป็นแบบเปิดออกสู่ภายนอก เพื่อที่เมื่อเวลาประสบเหตุ ผู้ช่วยเหลือสามารถเข้าถึงตัวได้โดยไม่ติดตัวผู้สูงอายุที่ขวาง

²⁰ Alzheimer's Disease International. Planning and design guide for community-based day care centres. (Alzheimer's Society, 1999). P20.

ประตูอยู่ ประตูห้องน้ำอาจออกแบบให้กว้างพอที่เก้าอี้รถเข็นจะสามารถเข้าไปได้, ปรับปรุงส้วมแบบนั่งยองๆ เป็นแบบชักโครกหรือมีม้านั่งต่อขาครอบส้วมแบบเดิม เพื่อให้ผู้สูงอายุลุกนั่งได้สะดวก หรืออาจทำราวยึดเกาะเวลาจะลุกขึ้นยืน, จัดให้มีแสงสว่างเพียงพอในห้องพัก ตามทางเดินในบ้าน โดยทางเดินควรกว้างพอ เดินสะดวก อาจมีราวไว้ยึดเกาะ, แสงสว่างที่ใช้ควรเป็น indirect lighting เพราะ direct lighting จะทำให้เกิดการพริ้มของนัยน์ตาผู้สูงอายุ, เฟอร์นิเจอร์โซฟา เก้าอี้ ที่ใช้ควรมีเบาะนั่งที่สูงและแข็งกว่าธรรมดา จะช่วยให้ผู้สูงอายุลุกยืนได้สะดวกกว่า, ควรใช้สีที่แตกต่างให้สังเกตเห็นได้บริเวณที่มีความแตกต่างของระดับ เช่น บันได เป็นต้น, หากเป็นไปได้ อาจติดตั้งปุ่มกดขอความช่วยเหลือ (emergency call switch) ไว้ในห้องน้ำที่ผู้สูงอายุใช้เป็นประจำ โดยติดตั้ง 24 นิ้วสูงจากพื้น, ปัจจุบันอุปกรณ์ช่วยเหลือในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ (assistive devices) เริ่มแพร่หลายมากขึ้นในประเทศไทย การเลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับสภาพความเสื่อมถอยของร่างกายจะช่วยให้สามารถดำรงชีวิตด้วยตัวเองได้ยาวนานขึ้น

ไตรรัตน์ จารุทัศน์ ได้เสนอหลักการและวิธีการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสมองเสื่อม สามารถสรุปได้ดังนี้ แบ่งออกได้เป็น 4 เรื่องที่สำคัญ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 1) ด้านความปลอดภัย โดยการติดตั้งอุปกรณ์ป้องกันบริเวณพื้นที่อันตราย เช่น ห้องครัว เป็นต้น และการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น ราวจับ เป็นต้น
- 2) ส่งเสริมและกระตุ้น โดยการจัดสภาพแวดล้อมกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ภายในบ้าน เพื่อคงความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน
- 3) การจัดพื้นที่ ที่ง่ายต่อการเข้าใจ ไม่ว่าจะเป็นการจัดสภาพแวดล้อมภายนอก หรือที่อยู่อาศัยภายในอาคาร การจัดพื้นที่ต้องตรงไปตรงมา ไม่มีมุมอับ ยึดยกไปยึดยกมา ผู้ป่วยสามารถเข้าใจพื้นที่ต่างๆ ได้โดยง่าย สามารถกำหนดตัวเองได้ว่ากำลังจะสัญจรไปที่ใด และขนาดของพื้นที่ต้องไม่มีขนาดใหญ่จนเกินไป เช่น สามารถรองรับคนได้ 4-6 คน ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมส่วนตัวได้ หรือมีมุมส่วนตัวที่ผู้ดูแลมองเห็นได้ ในบางกรณีอาจใช้อุปกรณ์ตกแต่งเพื่อจัดพื้นที่ให้มีความเป็นส่วนตัว เช่น การใช้ลูกกรงโปร่ง การใช้ผนังเบา หรือการใช้พุ่มไม้เตี้ยๆ กันสัดส่วน โดยผู้ดูแลสามารถมองเห็นได้
- 4) การเข้าถึงพื้นที่ ได้แก่ ห้องรับแขก ห้องอาหาร หรือแม้กระทั่งห้องน้ำ การมีระยะความกว้างของทางเดินที่เพียงพอ คือกว้างอย่างน้อย ประมาณ 90 ซม. และภายในพื้นที่มีพื้นที่ที่รถล้อเข็น สามารถหมุนกลับได้ คือมีเส้นผ่าศูนย์กลาง 150 ซม. จะช่วยให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลสามารถดำเนินชีวิตได้โดยสะดวกขึ้น

เบญจมาศ ภูอินทร์ ได้เสนอแนวคิดในการจัดบ้านให้น่าอยู่ไว้ว่า ลักษณะการตกแต่งบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อช่วยลดอุบัติเหตุต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยได้ เช่น การหลีกเลี่ยงการปลุกต้นไม้ที่มีหนามที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ การหลีกเลี่ยงการมีตู้ปลาไว้ภายในบ้าน การไม่วางสิ่งของจำพวกกรีโมทโทรทัศน์ คอมพิวเตอร์ ไมโครโฟน ไฟแช็ค ไว้ใกล้กับผู้ป่วย และควรมีอุปกรณ์ที่ช่วยเตือนความทรงจำ เช่น นาฬิกา ปฏิทินแบบฉีกทุกวัน เป็นต้น กรณีผู้ป่วยหลงทางออกจากบ้านโดยไม่รู้ตัว การติดตั้งกุญแจล็อกประตูและหน้าต่างไว้ด้านนอกถือเป็นสิ่งสำคัญ เพราะผู้ป่วยมักจำทางเข้าบ้านไม่ถูก และควรจัดชุดกุญแจสำรองไว้เพื่อป้องกันกรณีการทำกุญแจหล่นหายด้วย สำหรับการดูแลของผู้ดูแลที่ช่วยป้องกันการหลงทางออกจากบ้านทำได้โดยการติดตั้งกระดิ่งไว้ที่ประตูบ้านเพื่อส่งสัญญาณเวลามีคนเข้า – ออก และเบี่ยงเบนความสนใจในการแก้ปัญหาโดยการหาสิ่งที่ประตู หน้าต่าง ให้กลมกลืนกับผนังหรือติดผ้ามาที่ประตูไว้

อีกประการหนึ่ง คือ การที่ผู้ป่วยชอบเดินวนเวียนไปมาไม่หยุด ซึ่งควรจะมีการจัดข้าวของไม่ให้กีดขวางทางเดิน ส่วนของพื้นต้องใช้วัสดุที่ไม่ลื่นและไม่ควรวางพรมเช็ดเท้าบริเวณทางเดิน อุปกรณ์เฟอร์นิเจอร์ต้องมีความแข็งแรง มั่นคง และไม่มีคมของขอบมุมต่างๆ หากมีส่วนดังกล่าวควรทำการลบเหลี่ยมมุม พฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่สำคัญมี 4 ประการ คือ ประการแรกผู้ป่วยมักมีอาการสับสน เมื่อมีเสียง หรือแสงเข้าตา ดังนั้น ในการใช้โทรศัพท์ภายในบ้านควรมีการลดความดังของเสียงโทรศัพท์เพื่อไม่ให้รบกวนต่อผู้ป่วย ประการที่สองผู้ป่วยมักนำของไปซ่อน ดังนั้น ผู้ดูแลจึงควรจัดเก็บของให้เรียบร้อย และเตรียมมุมบ้านไว้สำหรับให้ผู้ป่วยนำของไปซ่อนไว้ ในส่วนของห้องที่ไม่ได้ใช้งานก็ควรล็อกไว้ ประการที่สามผู้ป่วยมักเห็นภาพหลอน ผู้ดูแลจึงไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ในที่มืด ซึ่งในการตกแต่งห้องควรใช้สีสว่าง ลดการใช้กระจกเงา และไม่ควรเปิดโทรทัศน์ที่เกี่ยวกับความรุนแรง

ตารางที่ 2.4 แสดงสรุปแนวคิดในการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสมองเสื่อมในต่างประเทศ^{21,22,23}

ลำดับ	พื้นที่ใช้สอย/องค์ประกอบ		รายละเอียด
1	สวนภายนอก	ตำแหน่ง	- เชื่อมกับพื้นที่รับประทานอาหาร ผู้ดูแลสามารถสังเกตเห็นผู้ป่วยได้ง่าย และไม่มีมุมอับ*
		พื้น/ทางเดิน	- พื้นมีผิวเรียบเสมอกัน และไม่ลื่น* - ทางเดินมีแสงสว่างทั้งกลางวัน และกลางคืน*

²¹ Glob Maria M.Meyer, Mary S. The Comfort of Home for Alzheimer's Disease. CareTrust Publications, Portland, 2007.

²² Margaret P.Calkins, M.Arch. Design for Dementia Planning Environments for the Elderly and the Confused. National Health Publishing. 2007.

²³ Robert Yeoh, At home with dementia. Alzheimer's Australia. 2005.

		ประตูรั้ว/รั้ว	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตั้งสัญญาณเตือน และระบบล๊อคประตู* - ติดรั้วกันหรือราวจับในพื้นที่อันตราย เช่น สระน้ำ เป็นต้น*
		การจัดภูมิทัศน์	<ul style="list-style-type: none"> - จัดสวนแบบเปิดโล่ง และทำทางเดินแบบวนกลับที่เดิม* - มีเก้าอี้นั่งพักและควรทำหลังคาคลุม* - จัดพื้นที่กลางสวน ได้แก่ บ่อน้ำพุ, บ่อเลี้ยงปลา, กรงนก และสิ่งของเดิมของผู้ป่วย เช่น ม้านั่ง จักรยาน เป็นต้น** - ควรปลูกต้นไม้ที่มีความสูง 30-60 ซม. และมีสีสด เพื่อสร้างความสนใจเกิดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วย** - ไม่ควรการปลูกพืชพรรณที่มีหนามแหลมคม*
2	ห้องนั่งเล่น	ขนาดพื้นที่	- ไม่ควรใหญ่มากจนเกินไป สามารถรองรับคนได้ 4-6 คน**
		ตำแหน่งที่ตั้ง	- อยู่ในตำแหน่งที่ผู้ดูแลสามารถมองเห็นได้ง่าย*
		พื้น/ผนัง/ฝ้า	<ul style="list-style-type: none"> - พื้น, ผนัง, ฝ้าเพดาน ควรใช้สีโทนสว่าง โดยพื้นและผนังควรใช้สีที่ตัดกัน เพื่อช่วยต่อการรับรู้** - ใช้วัสดุปูพื้นที่ไม่ลื่น และสะท้อนเสียง เช่น พรม เป็นต้น*
		เฟอร์นิเจอร์	<ul style="list-style-type: none"> - เฟอร์นิเจอร์มีความแข็งแรงมั่นคง และควรอยู่ในตำแหน่งที่มองเห็นได้ชัดเจน* - จัดที่นั่งเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น งานศิลปะต่างๆ การต่อจิ๊กซอว์ การเล่นเกม อ่านหนังสือ เป็นต้น** - วางสิ่งของหรือเครื่องใช้เดิมของผู้ป่วย เช่น ภาพวาดของตน ชุดโซฟาตัวโปรด โต๊ะที่เคยนั่งประจำ เป็นต้น** - เก้าอี้ควรมีระยะความสูง 45-50 ซม. และมีโต๊ะวางน้ำดื่มที่สังเกตเห็นได้ง่าย* - จัดเตรียมวิทยุหรือโทรทัศน์ เพื่อเปิดเพลง หรือรายการโทรทัศน์ที่ผู้ป่วยชื่นชอบ เพื่อกระตุ้นการรับรู้**
3	ห้องนอน	ขนาดพื้นที่	- มีพื้นที่ว่างเตียงนอนสำหรับผู้ดูแล และอยู่ในตำแหน่งที่สามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ง่าย*
		ตำแหน่งที่ตั้ง	- สามารถมองเห็นวิวสวนภายนอก และตำแหน่งห้องน้ำได้จากเตียงนอนผู้ป่วย**
		พื้น/ผนัง/ฝ้า	<ul style="list-style-type: none"> - พื้น, ผนัง, ฝ้าเพดาน ควรใช้สีโทนสว่าง โดยพื้นและผนังควรใช้สีที่ตัดกัน เพื่อช่วยต่อการรับรู้** - ใช้วัสดุปูพื้นที่ไม่ลื่น และสะท้อนเสียง เช่น พรม เป็นต้น* - ผนังห้องติดรูปภาพของคนในครอบครัวและเพื่อนๆ** - ใช้แสงสว่างแบบสะท้อนผนัง มากกว่าแสงจากฝ้าเพดาน**
		ประตู/หน้าต่าง	<ul style="list-style-type: none"> - ติดป้ายชื่อ หรือสัญลักษณ์ที่ประตู** - ติดตั้งสัญญาณเตือนที่บริเวณประตู เพื่อป้องกันการเดินหลง*

			- ติดตั้งผ้าม่านเพื่อช่วยปรับแสงสว่างภายในห้อง และช่วยลด ชั้นเสียงจากภายนอก**
		เพอร์นิเจอร์	- เติงควรงสูงจากพื้นประมาณ 50-55 ซม. มีที่ก้นหรือวางติด ผนังเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยตกเตียง* - โต๊ะเครื่องแป้งควรมีเก้าอี้ที่นั่ง เก้าอี้รถเข็นสามารถลอดได้* - มีโต๊ะวางโทรศัพท์และไฟฉายที่บริเวณหัวเตียง* - มีเก้าอี้โซฟาหรือเก้าอี้พนักพิง บริเวณข้างเตียงนอน*
4	ห้องน้ำ	ขนาดพื้นที่	- มีขนาดความกว้างเพียงพอสำหรับผู้ดูแลเข้าไปช่วยเหลือ*
		ตำแหน่งที่ตั้ง	- อยู่ในห้องนอน สามารถมองเห็นได้จากเตียงนอนผู้ป่วย*
		พื้น/ผนัง/ฝ้า	- วัสดุปูพื้นไม่ลื่น และใช้สีติดกับผนังและสุขภัณฑ์*
		ประตู/หน้าต่าง	- ติดป้ายชื่อ หรือสัญลักษณ์ที่ประตู** - ประตูห้องน้ำไม่ควรติดตั้งอุปกรณ์ล็อค* - ติดตั้งหน้าต่าง เพื่อให้แสงสว่างและการระบายอากาศ*
		เพอร์นิเจอร์	- ใช้สุขภัณฑ์แบบมีที่นั่ง ความสูงจากพื้น 50-55 ซม. และฝารอง ที่นั่งควรใช้สีที่ติดกับโถสุขภัณฑ์** - ใช้ก๊อกน้ำแบบก้านโยก* - ติดตั้งราวจับ และเครื่องช่วยพยุงตัว* - ใช้ผ้าม่านกันพื้นที่ส่วนอาบน้ำ แทนการใช้กระจก* - สบู่ควรผูกเชือกติดกับราวจับ* - มีตู้เก็บสารเคมี หรือสิ่งของที่เป็นอันตรายพร้อมตัวล็อค* - ติดตั้งที่กันกระแทก หรืออุปกรณ์ลบบวมเพอร์นิเจอร์* - จัดเตรียมวิทยุ เปิดเพลงที่ผู้ป่วยชื่นชอบ หรือการใช้น้ำหอม**
5	ห้องครัว	ขนาดพื้นที่	- พื้นที่ไม่ใหญ่มาก และจำกัดการเข้าถึงของผู้ป่วย*
		ตำแหน่งที่ตั้ง	- ติดกับห้องนั่งเล่น และห้องรับประทานอาหาร ผู้ดูแลสามารถ มองเห็นพฤติกรรมผู้ป่วยได้ชัดเจน*
		เพอร์นิเจอร์	- ติดตั้งไฟฟ้าแสงสว่างได้ดูลอยเหนือเหนือเคาน์เตอร์ครัว* - เคาน์เตอร์มีความสูง 90 ซม. เก้าอี้รถเข็นสามารถลอดได้* - ตู้เก็บของควรใช้บานเปิดแบบโปร่งใสมองทะลุเห็นสิ่งของ ภายในได้ และใช้บานที่เก็บสิ่งของอันตรายพร้อมตัวล็อค* - เก็บซ่อนถังขยะให้พ้นมือผู้ป่วย*
6	ห้องรับประทานอาหาร	ขนาดพื้นที่	- สามารถปรับเป็นพื้นที่ทำกิจกรรมและรองรับคนได้ 2-6 คน**
		ตำแหน่งที่ตั้ง	- ติดกับห้องนั่งเล่น ผู้ดูแลสามารถมองเห็นได้ง่าย* - ไม่มีเสียงรบกวนจากภายนอก อากาศถ่ายเทได้สะดวก**
		พื้น/ผนัง/ฝ้า	- พื้น, ผนัง, ฝ้าเพดาน ใช้สีเรียบไม่มีลวดลายฉูดฉาด**
		เพอร์นิเจอร์	- โต๊ะรับประทานอาหารสูงจากพื้น 75 ซม. เก้าอี้ควรเสริมเบาะ

			หนา 2 ซม. มีพนักแขน และไม่แนะนำเก้าอี้หวม* - ควรใช้ภาชนะที่มีสีตัดกัน เช่น ผ้าคลุมโต๊ะ เป็นต้น**
7	ทางเดินภายใน	ทางเดิน	- กรณีทางเดินมีความต่างระดับหรือเป็นทางลาด ควรติดตั้งราวจับขนาด \varnothing 3-4 ซม. สูงจากพื้น 80-90 ซม.* - จัดเส้นทางเดินเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย มีจุดเก้าอี้นั่งพัก และสิ่งของที่กระตุ้นความสนใจผู้ป่วย** - มีป้ายบอกทาง หรือสัญลักษณ์นำทางไปยังพื้นที่ต่างๆ** - พื้นและผนังบริเวณทางเดินต้องไม่สะท้อนแสง**
		บันได	- มีความกว้างเพียงพอสำหรับผู้ดูแลช่วยประคองตัวผู้ป่วย* - ติดรั้วกันกันผู้ป่วยตกกระยะความสูงจากพื้น 90 ซม. ที่ชานพักและบันไดขั้นสุดท้ายขึ้นบน* - ติดแถบสะท้อนแสงที่ขั้นบันไดในแต่ละขั้น* - มีราวจับทั้ง 2 ข้าง และมีแสงสว่างเพียงพอ*
8	งานระบบอื่นๆ	ไฟฟ้าแสงสว่าง	- ใช้แสงแบบ direct light ที่มีขนาดกำลัง 100-200 วัตต์ในพื้นที่ทำกิจกรรมของผู้ป่วย และใช้แสงแบบ indirect light ในพื้นที่พักผ่อนของผู้ป่วย เช่น ห้องนอน เป็นต้น**
		ระบบปรับอากาศ	- ติดตั้งในพื้นที่ที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ ได้แก่ ห้องนอน และห้องนั่งเล่น ปรับอุณหภูมิ ให้เหมาะสมที่ 25 องศาเซลเซียส และมีอากาศถ่ายเทได้โดยสะดวก**
		สัญญาณเตือนภัย	- ติดเครื่องจับควันไฟที่บริเวณห้องครัว*
		อุปกรณ์ป้องกัน	- สำหรับเครื่องทำน้ำอุ่น ควรติดตั้งระบบเปิด-ปิด และระบบควบคุมอุณหภูมิอัตโนมัติ* - สำหรับเครื่องใช้ไฟฟ้าของผู้ป่วยควรติดตั้งสายดิน* - ใส่ฉนวนหุ้มท่อน้ำหรือสายไฟที่ไหลออกมา*

หมายเหตุ

* หมายถึง แนวคิดเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

** หมายถึง แนวคิดในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ และกระตุ้นความจำให้กับผู้ป่วย

5. แนวคิดในการจัดเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ และคนพิการ

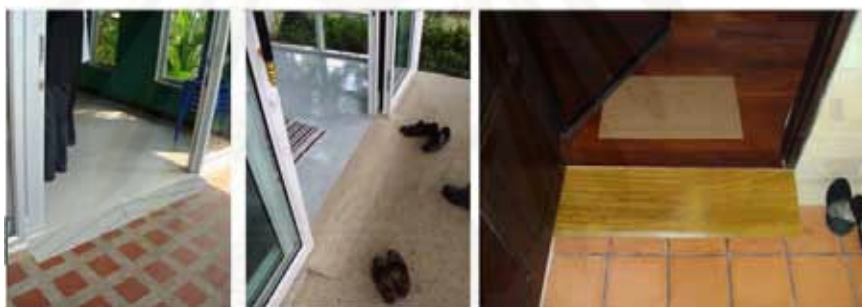
5.1 ที่จอดรถ ลักษณะของที่จอดรถที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุที่ใช้เก้าอี้รถเข็น ควรขนาดของช่องจอดรถควรมีขนาด 2.40 x 6.00 เมตร มีที่ว่างด้านข้างรถไม่น้อยกว่า 1.00 - 1.40 เมตร มีพื้นผิวเรียบระดับเสมอกัน

5.2 ทางเดินภายใน ทางเดินภายในบ้านต้องไม่มีสิ่งกีดขวาง และเป็นอุปสรรคต่อผู้สูงอายุที่นั่งเก้าอี้รถเข็น และมีขนาดทางเดินอย่างน้อย 90 เซนติเมตร วัสดุปูพื้นควรทำจากวัสดุที่มีพื้นผิวไม่ลื่น กรณีพื้นต่างระดับเกิน 5 เซนติเมตร ควรทำทางลาด



ภาพที่ 2.12 แสดงการติดตั้งราวจับ และไฟฟ้าแสงสว่างบริเวณทางเดินภายใน²⁴

5.3 ทางลาดและบันได ระดับพื้นที่ห่างกันเกิน 2 เซนติเมตร ต้องมีการปาดมุมพื้นที่ส่วนต่างระดับกันไม่เกิน 45 องศา โดยพื้นผิวทางลาดต้องทำจากวัสดุไม่ลื่น และมีความกว้างไม่น้อยกว่า 90 เซนติเมตร ส่วนบันได ควรมีลูกตั้งสูงไม่เกิน 15 เซนติเมตร และไม่เปิดเป็นช่องโหว่ ส่วนลูกนอนกว้างไม่น้อยกว่า 28 เซนติเมตร สำหรับบันไดภายนอกอาคาร ลูกตั้งสูงไม่เกิน 15 เซนติเมตร และลูกนอนกว้างไม่น้อยกว่า 30 เซนติเมตร กรณีขึ้นบันไดเหลื่อมกันควรเหลื่อมกันได้ไม่เกิน 2 ซม.



ภาพที่ 2.13 แสดงการใช้วัสดุพื้นผิวไม่ลื่นและความชันไม่เกิน 45 องศาที่ทางลาด²⁵

5.4 ประตู ประตูควรมีลักษณะเปิด – ปิดได้ง่าย ผู้สูงอายุที่นั่งเก้าอี้รถเข็น Wheelchair สามารถผ่านเข้า-ออกได้สะดวก และไม่แนะนำให้ติดตั้งอุปกรณ์ชนิดที่ทำให้ประตูปิดเองได้ (ติดตั้งสปริงประตู) ประตูควรมีความกว้างไม่น้อยกว่า 900 มิลลิเมตร ติดตั้งมือจับชนิดก้านบิด หรือแกนผลัดสูงจากพื้น 1,000 – 1,200 มิลลิเมตร กลอนประตูติดตั้งสูงจากพื้น 900 - 1,000 มิลลิเมตร การติดตั้งแผ่นกันกระแทก (Kick Plate) ควรติดตั้งที่ความสูง 300-400 มิลลิเมตร

²⁴ ชันต์ แสงสีดา. โครงการ Nichi Home ประเทศญี่ปุ่น [ภาพถ่าย], 2 พฤศจิกายน 2552.

²⁵ ชันต์ แสงสีดา. โครงการ บางไทร ฮอสปีตอล อ.บางไทร จ.พระนครศรีอยุธยา [ภาพถ่าย], 10 มิถุนายน 2552.



ภาพที่ 2.14 แสดงประตูบานเลื่อนความกว้างไม่น้อยกว่า 90 ซม. และพื้นเรียบเสมอกัน²⁶

5.5 ห้องน้ำ ห้องน้ำควรมีพื้นที่มีระดับเสมอกับพื้นภายนอก กรณีที่เป็นพื้นต่างระดับต้องมีลักษณะเป็นทางลาด วัสดุที่ใช้ทำพื้นห้องน้ำควรเป็นวัสดุที่ไม่ลื่น กันน้ำและทำความสะอาดง่าย และควรมีระบบระบายน้ำที่ดี ประตูห้องน้ำควรเป็นประตูบานเลื่อนและมีมือจับประตูทั้งภายในและภายนอกห้องเพื่อให้การเปิด-ปิดประตูสะดวก

5.5.1 ที่อาบน้ำแบบฝักบัว มีพื้นที่ว่างขนาดความกว้างไม่น้อยกว่า 110 เซนติเมตร และความยาวไม่น้อยกว่า 120 เซนติเมตร มีที่นั่งสำหรับอาบน้ำที่มีความสูงจากพื้น 45-50 เซนติเมตร และติดตั้งราวจับในแนวนอนที่ด้านข้างของที่นั่ง มีความสูงจากพื้น 65-70 เซนติเมตร ยาว 65- 70 เซนติเมตร และมีราวจับในแนวตั้งต่อจากปลายของราวจับในแนวนอน มีความยาวอย่างน้อย 60 เซนติเมตร

5.5.2 ห้องส้วม ต้องสามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก ไม่มีพื้นต่างระดับตั้งแต่ทางเข้า ในกรณีที่จำเป็นพื้นต่างระดับไม่ควรสูงเกิน 2 ซม. วัสดุที่ใช้ทำพื้นห้องส้วมควรเป็นวัสดุที่ไม่ลื่น กันน้ำ ทำความสะอาดง่ายและใช้สีที่แตกต่างกันของพื้นผนัง และควรมีพื้นที่ภายในกว้างเพียงพอสำหรับผู้ดูแลเข้าไปดูแล



ภาพที่ 2.15 แสดงราวจับแบบโยกขึ้น-ลง สำหรับช่วยพยุงตัวผู้ป่วยขณะลุก-นั่ง²⁷

²⁶ เรือเดียวกัน

²⁷

- 5.5.3 อ่างล้างมือ ควรมีพื้นที่วางหน้าอ่างอย่างน้อย 90x120 เซนติเมตร ใต้อ่างควรเป็น ที่ว่าง สูงอย่างน้อย 55 เซนติเมตร สำหรับผู้ใช้ Wheelchair สามารถเข้าถึงได้ อ่างล้างมือควรมีความสูงจากพื้นถึงขอบบนของอ่าง 75-80 เซนติเมตร และมีราว จับในแนวนอนทั้งสองข้าง และควรติดตั้งก๊อกน้ำอ่างล้างหน้าแบบก้านโยก

6. แนวความคิดเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการในละแวกบ้าน

ชนิษฐา เทวินทรภักดี ได้ให้แนวคิดในการจัดสวัสดิการชุมชนไว้ว่า จากการที่ภาครัฐมี นโยบายในการสร้างพลังชุมชนให้เข้มแข็งและอบอุ่นของครอบครัวซึ่งในปัจจุบันได้ปรากฏเป็น รูปธรรมมากขึ้น เช่น การจัดตั้งกองทุนหมู่บ้าน เป็นต้น การกำหนดทิศทางการพัฒนาเพื่อกลุ่ม ผู้สูงอายุและผู้พิการจึงถือเป็นสิ่งสำคัญ สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. การรวมองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ และผู้พิการ ได้แก่ สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ และสภาคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย โดย สนับสนุนให้เกิดการทำงานร่วมกันตั้งแต่การกำหนดนโยบายและแผนปฏิบัติการ
2. การปรับเปลี่ยนแนวคิดในการให้บริการ เช่น การจัดระบบประกันสังคมขยายฐาน จากการจัดให้เฉพาะแรงงานในระบบให้ครอบคลุมถึงแรงงานนอกระบบ
3. การใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ สำหรับแนวคิดนี้มีความ เหมาะสมกับคนไทยเพราะวัฒนธรรมไทยผู้สูงอายุจะมีความผูกพันกับครอบครัว มากกว่า ซึ่งสถาบันครอบครัวสามารถเกื้อหนุนผู้สูงอายุได้ โดยการที่ภาครัฐสามารถ ออกนโยบายในการจัดระบบการเกื้อหนุนครอบครัว เช่น การให้สิทธิพิเศษแก่ ครอบครัวที่เลี้ยงดูสมาชิกผู้สูงอายุ, การลดหย่อนอัตราค่าสาธารณูปโภค และ สาธารณูปการในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุ, การยื่นขอรับบริการสวัสดิการ เช่น สวัสดิการ ด้านที่อยู่อาศัย การกู้เงินซื้อที่พักอาศัย, การลดหย่อนภาษี
4. การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน เช่น แนวคิดในการดำเนินงานลักษณะ Neighborhood Center ในชุมชนโดยส่งเสริมให้ชุมชนทุกๆ 10 หลังคาเรือนช่วยกัน ดูแลผู้สูงอายุในบริเวณเดียวกัน โดยมีภาครัฐคอยวางรากฐาน และสร้างมาตรฐาน การดูแล, การส่งเสริมอาสาสมัครเพื่อสังคมในชุมชน โดยการจัดฝึกอบรมและสร้าง เครื่องข่ายอาสาสมัครทั้งในชุมชนและนอกชุมชน, เสนอให้มีการจัดตั้งศูนย์บริการผู้ พิการในชุมชน เพื่อช่วยดูแลผู้พิการในเวลากลางวัน ส่วนในชุมชนเมือง และบ้าน จัดสรรทุกๆแห่งควรจัดให้มีบริการเนิร์สซิงโฮม เพื่อดูแลผู้สูงอายุ

²⁷ ชันด์ แสงสีดา. โครงการ ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จ.ชลบุรี [ภาพถ่าย], 2 พฤษภาคม 2552.

5. การปรับเปลี่ยนรูปแบบสถานสงเคราะห์ โดยการส่งเสริมให้มีการบริการอย่างเบ็ดเสร็จ ด้านปัจจัย 4 คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการด้านศาสนกิจ นันทนาการ และฅาปนกิจสำหรับผู้สูงอายุ
6. การส่งเสริมการกำกับดูแลธุรกิจเนิร์สซิงโฮมของเอกชน เนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุในอนาคตมีแนวโน้ม ประกอบกับธุรกิจเนิร์สซิงโฮมมีการขยายตัวสูงขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้มีการสร้างมาตรฐานควบคุมให้มีคุณภาพ

7. บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Hideki และคณะ ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการออกกำลังกาย ร่วมกับการงีบหลับ ในช่วงกลางวัน มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ ในช่วงเวลากลางคืนหรือไม่ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 73.8 ± 5.4 ปี ซึ่งโปรแกรมดังกล่าว มีการจัดให้ผู้สูงอายุได้งีบหลังอาหารกลางวันเป็นเวลา 30 นาที ร่วมกับการออกกำลังกายในตอนเช้า มีการยืด และหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพการนอนดีขึ้นรวมถึงการมีคุณภาพการนอนหลับและจำนวนของการตื่นลดลง ดังนั้นจะเห็นว่าการงีบหลับในช่วงเวลากลางวัน ร่วมกับการออกกำลังกายจะช่วยให้คุณภาพการนอนหลับดีกว่าการงีบหลับในช่วงเวลากลางวันเพียงอย่างเดียว

Lin และคณะ ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้กลืนลาเวนเดอร์ ในการช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้สูงอายุชาวจีนที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งการศึกษาดังกล่าว ได้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุชาวจีนที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม และมีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ทั้งในส่วนของกรกระทำและคำพูด จำนวน 70 ราย โดยการศึกษาแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับกลืนลาเวนเดอร์ โดยใช้วิธีการสูดดม และกลุ่มที่ได้รับกลืนของดอกทานตะวัน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับกลืนลาเวนเดอร์แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง และคะแนนที่จากแบบประเมินของ Cohen-Mansfield Agitation Inventory ลดลงจาก 24.68 เหลือ 17.77 และจากแบบประเมิน Neuro psychiatric Inventory ลดลงจาก 63.17 เหลือ 58.77 ตามลำดับ ซึ่งผลของการใช้กลืนลาเวนเดอร์ จะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น หากพฤติกรรมดังกล่าวเกิดจากผลข้างเคียงจากการได้รับยาในกลุ่มจิตเวช

Richeson ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้สัตว์เลี้ยง ช่วยในการลดพฤติกรรมก้าวร้าว และช่วยส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ซึ่งการศึกษานี้ เป็นศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อม และอาศัยอยู่ในสถานี่รับดูแล จำนวน 15 แห่ง โดยในแต่ละแห่งผู้สูงอายุจะได้รับการดูแล และการจัดกิจกรรมที่เหมือนกัน คือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ สัมผัส พุดคุย จดจำชื่อของสุนัขอย่างน้อย 1 ชื่อ และเรียกชื่อของสุนัขใน

ทุกๆวันเป็นเวลา 1 ชั่วโมงติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้เล่นกับสุนัข มีความสนใจสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว มีปฏิสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดและเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น โดยเฉพาะในช่วงสัปดาห์แรกหลังจากที่ได้เล่นกับสุนัข นอกจากนี้ยังพบว่า การแสดงออกของพฤติกรรม รุนแรงก้าวร้าว ที่สร้างความยากลำบากในการดูแลลดลง รวมถึงยังแสดงออกถึงการควบคุมอารมณ์ต่างๆของตนเองได้ดีขึ้น

Sung และคณะ ได้ศึกษาถึงผลของการฟังเพลง สามารถช่วยลดพฤติกรรม รุนแรงก้าวร้าว ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งการศึกษาดังกล่าว เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม และแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 57 ราย โดยการศึกษาดังกล่าว ได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกคือกลุ่มที่ได้รับการฟังเพลงที่ตนเองชอบ ในเวลา กลางวัน เป็นเวลา 30 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มที่ 2 คือกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลดังกล่าวข้างต้น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้ฟังเพลงที่ตนเองชอบการจะแสดง พฤติกรรมก้าวร้าวลดลง ความสามารถในการทำหน้าที่ และความสามารถในการปรับตัวต่อ สิ่งแวดล้อมดีขึ้น หลังจากผู้สูงอายุได้ฟังเพลงที่ตนเองชอบ ในขณะที่กลุ่ม 2 คือกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ฟังเพลง รูปแบบและการแสดงออกของพฤติกรรมจะไม่มีเปลี่ยนแปลงจากเดิม ทั้งนี้ใน การเลือกเพลงควรเป็นเพลงที่ฟังสบาย ไม่กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และเป็น เพลงที่อยู่ในช่วงยุคของผู้สูงอายุ

Dowling และคณะ ได้ศึกษาเกี่ยวผลของการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้รับแสงแดดอ่อนๆในตอนเช้าใน ขณะที่มีกิจกรรมสามารถช่วยส่งเสริมให้คุณภาพการนอนหลับ ในช่วงกลางคืนดีขึ้น โดยการศึกษาดังกล่าว ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 คน ที่อาศัยอยู่ใน สถานรับดูแลผู้สูงอายุ และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ร่วมกับมีอาการนอนไม่หลับ ตื่น บ่อย ตื่นเร็วกว่าปกติ มีพฤติกรรมเดินไปเดินมาในช่วงกลางคืน มีอาการ รุนแรงก้าวร้าวในช่วงพลบ ค่ำ ซึ่งการศึกษาดังกล่าว ได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรก คือผู้สูงอายุที่ได้แสงแดด อ่อนๆในตอนเช้า โดยมีความเข้มข้นของแสงอยู่ที่มากกว่า หรือเท่ากับ 2500 ลักซ์ ในช่วงเวลา 9.30-10.30 ส่วนกลุ่ม 2 คือผู้สูงอายุที่ได้รับแสงแดดที่มีความเข้มข้นของแสงอยู่ 150-200 ลักซ์ ในช่วงเวลาเดียวกัน ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ ติดต่อกันเป็นเวลา 10 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้สัมผัสกับแสงแดดอ่อนๆในช่วงเช้า จะส่งผลให้ปริมาณการนอนหลับ ในช่วงระหว่างวันและปริมาณการตื่นนอนในช่วงกลางคืนลดลง เนื่องจากแสงแดดจะช่วยปรับ วงจรการนอนหลับให้มีลักษณะใกล้เคียงกับวงจรการนอนหลับของคนปกติ

ตารางที่ 2.5 แสดงผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (1)

ผู้วิจัย	มงคล สัจจะสกุลวงศ์ (2541)	เอกอุมา วิเชียรทอง (2543)	ประเสริฐ อัสสันตชัย (2544)
ชื่อเรื่อง	แนวทางการปรับปรุงที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการโรคเรื้อน : สถานสงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ป่วยโรคเรื้อน รพ.พระประแดง	ผลการใช้โปรแกรมฝึกความจำต่อความจำของผู้สูงอายุสมองเสื่อมระดับน้อย	การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันภาวะหกล้มและผลแทรกซ้อนในผู้สูงอายุโดยแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยโรคเรื้อน รพ.พระประแดง	ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค	ผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนรอบโรงพยาบาลศิริราช
วัตถุประสงค์	หาแนวทางการออกแบบปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อน	เพื่อศึกษาผลการทดลองการใช้โปรแกรมฝึกความจำในผู้สูงอายุ	เพื่อทราบอุบัติการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุไทยในชุมชนและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการหกล้ม เพื่อหาวิธีการในการป้องกันภาวะหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีประสิทธิภาพในชุมชน
ผลการวิจัย	สภาพอาคารมีปัญหาการระบายอากาศ เนื่องมาจากการจัดวางผังบริเวณ ผังอาคารและทางเดิน ปัญหาแสงสว่างภายในอาคาร เนื่องจากการจัดผังห้องและทางเดินรวมทั้งตำแหน่งและขนาดของช่องแสงในการปรับปรุงควรปรับปรุงผังบริเวณ ผังพื้น รูปแบบอาคาร ผังห้องพัก วัสดุ อุปกรณ์ และรายละเอียด เพื่อให้อาคารมีการระบายอากาศที่ดี มีแสงสว่างพอเพียงใช้สอยพื้นที่ สะดวกสอดคล้องกับการอยู่อาศัย	โปรแกรมฝึกความจำสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับน้อยได้โดยการทำให้ความจำดีขึ้น จึงควรมีการนำโปรแกรมฝึกความจำไปใช้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ นอกจากนั้นพยาบาลโดยเฉพาะพยาบาลจิตเวชได้รับการฝึกฝนในเรื่องของการฝึกความจำเนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ดูแลใกล้ชิดกับผู้สูงอายุเพื่อเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ	ความชุกของการหกล้มในพบในผู้หญิง มากกว่าผู้ชาย ปัจจัยเสี่ยงอิสระ ได้แก่ เพศหญิง โรคความดันโลหิตสูง อาการหูดัง อาการหลงลืม สับสน คุณภาพชีวิตที่รู้สึกสุขภาพของตนเองดีน้อยกว่าผู้อื่นในวัยเดียวกัน ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันที่ดีอยู่ หลังโกง การใช้แว่นสายตา ซีพजरทำนองที่เร็ว ภาวะทุโภชนาการ

ตารางที่ 2.5 แสดงผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (2)

ผู้วิจัย	วรพรรณ เสนาณรงค์ (2544)	สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์ (2544)	วิไลลักษณ์ ไกรสุวรรณสาร (2545)
ชื่อเรื่อง	การศึกษาสาเหตุ, วิธีวินิจฉัย, มาตรฐานการรักษาภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้สูงอายุ	การศึกษาเปรียบเทียบภาวะและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่เป็นญาติและผู้ดูแลไม่ใช่ญาติ	แนวทางในการจัดเตรียมที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาชมรมอยู่ร้อยปี
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย, บางกอกใหญ่ และบางพลัด	ผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก รพ.จุฬาฯ	ชมรมอยู่ร้อยปี ที่เป็นผู้สูงอายุอายุ 50 ปีขึ้นไป
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาสาเหตุ และมาตรฐานการรักษาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ	เพื่อเปรียบเทียบภาวะความเครียดของผู้ดูแลที่เป็นญาติและไม่ใช่ญาติ	ศึกษาสภาพสังคม เศรษฐกิจ และการดำเนินชีวิต
ผลการวิจัย	สาเหตุของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ รองลงมาได้แก่โรคหลอดเลือดสมอง ด้านการดูแลควรเน้นที่การดูแลแบบตัวต่อตัวมากกว่าการจัดตั้งกลุ่มญาติ	ผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติเกิด ความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นญาติ และผู้ดูแลที่ไม่มีปัญหาระหว่างการดูแลจะมี ความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่มีปัญหาระหว่างการดูแล	2 ใน 3 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี รายได้ 20,000-50,000 บาทต่อเดือน ที่อยู่ปัจจุบันลักษณะบ้านเดี่ยว โดยเป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์ อาศัยอยู่กับลูกหลานและคู่สมรสในบ้านหลังเดียวกัน และพบว่าไม่มีปัญหาด้านที่อยู่อาศัยทั้งด้านพื้นที่ใช้สอย สภาพแวดล้อม และสิ่งอำนวยความสะดวก กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่เคยคิดแยกอยู่อาศัยกับลูกหลานเนื่องจากรักและผูกพันในที่อยู่อาศัยเดิม

ตารางที่ 2.5 แสดงผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (3)

ผู้วิจัย	สมเกียรติ ชินนทโรภาส (2545)	วีรยา ทัดตากร (2548)	ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2552)
ชื่อเรื่อง	การอยู่อาศัยของผู้พิการและ ทพพลภาพ : กรณีศึกษา ชุมชนบางตลาดพัฒนา 1 (ชุมชนปากด่าน) จ.นนทบุรี	การใช้พื้นที่ภายนอกอาคารใน โครงการที่พักอาศัยสำหรับ ผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา สถาน สงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร	โครงการ การศึกษาสถานดูแลผู้ สูงอายุระยะยาว ในประเทศไทย
กลุ่มตัวอย่าง	คนพิการในชุมชนบางตลาด พัฒนา จ.นนทบุรี	ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ คนชราบ้านบางแค กทม.	สถานบริการผู้สูงอายุระยะยาว ในประเทศไทย
วัตถุประสงค์	สภาพการอยู่อาศัย ปัญหาและ ความต้องการในการดำรงชีวิต ของคนพิการในชุมชน	ศึกษาการใช้สอยพื้นที่ภายนอก และปัญหาพื้นที่ใช้สอยภายนอก ของผู้สูงอายุ	ศึกษาข้อมูลพื้นฐานในสถาน บริการ, จำนวนบุคคลากร, กิจกรรมต่างๆ และลักษณะของ ผู้มารับบริการ
ผลการวิจัย	พบปัญหาเส้นทางสัญจร ภายในชุมชนเป็นอุปสรรคต่อ การดำเนินชีวิตของผู้พิการ, ลักษณะทางกายภาพของ อาคารเป็นอุปสรรคต่อการ เข้าถึงที่อยู่อาศัย การใช้พื้นที่ ภายในอาคาร และการมี ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้พิการ, ตำแหน่งที่ตั้ง ลักษณะกายภาพ ของอาคาร ส่งผลกระทบต่อ สวัสดิภาพในการอยู่อาศัย ในการแก้ไขระยะสั้นควรมีกลุ่ม ผู้ช่วยเหลือเป็นแกนหลัก ส่วน ในระยะยาวควรให้คนพิการ เข้ามามีบทบาทเป็นแกนนำใน การพัฒนา โดยมีชุมชนและ ภาครัฐคอยให้การช่วยเหลือ	พบผู้สูงอายุออกมาใช้พื้นที่ ภายนอก 2-3 ครั้งต่อวัน โดยพบ มากในช่วง 7.00-8.00 น.และ บริเวณที่พบบ่อย ได้แก่ บริเวณ ริมสระน้ำ กิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การรำไทเก๊ก	ผู้สูงอายุที่มารับบริการส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ไม่มีผู้ดูแล มีภาวะ สมองเสื่อมคิดเป็นร้อยละ 41.6 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในสถาน บริการมีภาวะพึ่งพาในระดับ ปานกลางถึงพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 60.3

กล่าวโดยสรุป การศึกษาสภาพการอยู่อาศัยของผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รวบรวมข้อมูลเอกสารต่างๆ เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ และเป็นแนวทางในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ประกอบด้วย การศึกษาด้านสุขภาพร่างกายของผู้ป่วย การประกอบกิจวัตรประจำวันในแต่ละวัน พฤติกรรมการอยู่อาศัยที่เปลี่ยนแปลงตามระยะการดำเนินโรค ตลอดจนวิธีในการดูแลผู้ป่วย โดยแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า สมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นภาวะที่มักพบในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 1 อยู่ในช่วงอายุ 60-64 ปี ร้อยละ 2 อยู่ในช่วงอายุ 65-69 ปี ร้อยละ 4 อยู่ในช่วงอายุ 70-74 ปี ร้อยละ 8 อยู่ในช่วงอายุ 75-79 ปี ร้อยละ 16 อยู่ในช่วงอายุ 80-84 ปี และร้อยละ 32 พบในช่วงอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยมักมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางร่างกาย เช่น โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น โรคที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของระบบประสาท เช่น โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น โรคที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของระบบหายใจ เช่น โรคปอดอักเสบ เป็นต้น โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคระบบน้ำย่อยในทางเดินอาหารผิดปกติ เป็นต้น โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบขับถ่ายปัสสาวะ เช่น โรคติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น โรคที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น โรคกระดูกพรุน, โรคข้อเสื่อม เป็นต้น โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบต่อมไร้ท่อ เช่น โรคเบาหวาน เป็นต้น โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทด้านการรับรู้พิเศษ เช่น โรคต้อกระจก โรคต้อหิน เป็นต้น และโรคมะเร็งในผู้สูงอายุ โดยมีมะเร็งที่พบมาก ได้แก่ มะเร็งปอด ระบบทางเดินอาหาร ผิวหนัง เต้านมและต่อมลูกหมาก

ดังนั้น การปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมถือเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยลดภาระของผู้ดูแลและทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมทั้ง 3 ประการตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ได้แก่ ด้านความปลอดภัย, สิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ และการเตรียมการสำหรับในกรณีฉุกเฉิน รวมถึงสอดคล้องกับรูปแบบในการดูแลผู้ป่วย และบริการด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านสังคม และด้านสุขภาพ ถือเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งทางรัฐบาลได้ให้ความสำคัญและสนับสนุนการให้บริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อลดปัญหาทางด้านสังคม และเป็นการสร้างโอกาสในการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยเรื่องสภาพการอยู่อาศัยในที่อยู่อาศัยประเภทบ้านเดี่ยวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กรณีศึกษา สมาชิกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทยในเขตกรุงเทพมหานคร สามารถอธิบายเป็นหัวข้อต่างๆ ได้ดังนี้

- 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.2 ขั้นตอนในการดำเนินการศึกษา
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
- 3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.5 การศึกษา วิเคราะห์และสรุปผลการศึกษา
- 3.6 ข้อจำกัดในการศึกษา

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบคู่ขนานทำการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างร่วมกับนักวิจัยในสาขาด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ประชากรกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียวกัน คือ กลุ่มสมาชิกของสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ในการศึกษาเน้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research-PAR) คัดเลือกเฉพาะสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรมของทางสมาคมฯ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นกลุ่มมีความสนใจและให้ความร่วมมือต่อการให้ข้อมูล ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ใช้การเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสังเกต¹ และสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview) ในการจัดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำแนกได้ตามระยะการดำเนินอาการของโรค โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม² ได้แก่ กลุ่มระยะแรก (Early Stage), กลุ่มระยะกลาง (Middle Stage) และกลุ่มระยะสุดท้าย (Late Stage) ซึ่งในการศึกษาจะทำการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มละ 5 ตัวอย่าง รวม 15 กลุ่มตัวอย่าง เพื่อศึกษาเปรียบเทียบตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกใช้กับผู้ดูแล

¹ บุญธรรม กิจปริดาปริสุทธิ. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7 (กรุงเทพฯ :โรงพิมพ์และปกเจริญผล, 2540). หน้า 336.

² สัมภาษณ์ สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, นายกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย, 26 มกราคม 2552.

3.2 ขั้นตอนในการดำเนินการศึกษา

3.2.1 ข้อมูลทุติยภูมิ

ทำการศึกษาค้นคว้าข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร สิ่งพิมพ์ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และอินเทอร์เน็ต โดยศึกษาแนวคิดทฤษฎี รวมถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทราบถึงแนวคิดทฤษฎีในการออกแบบที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

3.2.2 ข้อมูลปฐมภูมิ

ทำการศึกษาค้นคว้าข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลประชากรกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งออกเป็น 2 คือ ผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ใช้เครื่องมือวิธีการสำรวจและสังเกต การสัมภาษณ์ และการสังเกตการณ์การประชุมกลุ่มย่อย

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยในการศึกษาสามารถสรุปเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้ ดังนี้

3.3.1 แบบสำรวจและสังเกต

ใช้แบบสำรวจและสังเกตกับผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อทำการศึกษาค้นคว้าข้อมูลโดยแบ่งออกเป็น

- 1) ลักษณะการอยู่อาศัย
- 2) ขนาดพื้นที่ใช้สอย
- 3) กิจวัตรประจำวัน

3.3.2 แบบสัมภาษณ์

ใช้การสัมภาษณ์ประชากรกลุ่มตัวอย่างเฉพาะผู้ดูแล เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่สามารถให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ได้³ สามารถแบ่งข้อมูลได้ดังนี้

- 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, สถานภาพสมรส และภูมิลำเนาเดิม
- 2) ข้อมูลด้านสังคม ได้แก่ การทำกิจกรรมต่างๆ ในที่อยู่อาศัย, ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน
- 3) ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ, รายได้, ค่าใช้จ่าย, ภาระหนี้สิน และการวางแผนเพื่อการอยู่อาศัย

³ พงศ์ธร เหราบัตย์, “แนวทางการปรับปรุงโครงการบ้านพักคนชราวาสนาเขตฉะเชิงเทรา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา,” (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาเคหกรรม คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546).

3.3.3 การทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ในการเก็บข้อมูลโดยการวิจัยแบบสำรวจและสังเกต, แบบสัมภาษณ์ จะทำการทดลองเก็บข้อมูลเพื่อทดสอบข้อมูลที่ได้ให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.3.4 สังเกตการณ์การประชุมกลุ่มย่อย

ทำการสังเกตการณ์การจัดประชุมกลุ่มย่อยผู้ดูแลของสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งจัดโดยสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย โรงพยาบาลรามาริบัติ ในทุกๆสัปดาห์ที่ 4 ของแต่ละเดือน เพื่อศึกษาสภาพสังคม เศรษฐกิจ สภาพการอยู่อาศัย และปัญหาการอยู่ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือน กันยายน 2552 – กุมภาพันธ์ 2553

3.4.1 แบบสำรวจและสังเกต

โครงสร้างของแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 5 ส่วน (รายละเอียดในภาคผนวก) ดังนี้

- 1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางด้านกายภาพของที่อยู่อาศัย เป็นข้อมูลในการตรวจสอบสภาพแวดล้อมตามแนวคิด ทฤษฎีทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมถึงเปรียบเทียบกับข้อบังคับต่าง เช่น กฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพและคนชรา พ.ศ. 2548 เป็นต้น
- 2) ส่วนที่ 2 ข้อมูลลักษณะการใช้ประโยชน์พื้นที่ในที่อยู่อาศัย เป็นข้อมูลด้านขนาดพื้นที่ใช้สอยในที่อยู่อาศัย ได้แก่ สวนหรือที่ว่างภายนอกที่พักอาศัย, ห้องรับแขก, ห้องรับประทานอาหาร, ห้องนอน, ทางเดินภายในบ้าน, ห้องครัว และห้องน้ำ
- 3) ส่วนที่ 3 ภาพแสดงผังบริเวณ เป็นข้อมูลด้านการวางตำแหน่งและความเชื่อมโยงของพื้นที่ใช้สอยในแต่ละส่วนภายในที่อยู่อาศัย
- 4) ส่วนที่ 4 ภาพแสดงรายละเอียดในแต่ละพื้นที่ เป็นข้อมูลด้านขนาดพื้นที่ใช้สอย ได้แก่ สวนหรือที่ว่างภายนอกที่พักอาศัย, ห้องรับแขก, ห้องรับประทานอาหาร, ห้องนอน, ทางเดินภายในบ้าน, ห้องครัว และห้องน้ำ โดยแสดงขนาด และลักษณะการใช้งานในพื้นที่นั้นๆ
- 5) ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง เป็นข้อมูลด้านการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัยตามเกณฑ์ที่ได้จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และข้อบังคับต่างๆ

3.4.2 แบบสัมภาษณ์

โครงสร้างของแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 5 ส่วน (รายละเอียดในภาคผนวก) ดังนี้

- 1) ส่วนที่ 1 แบบทดสอบความจำ MMSE เป็นแบบทดสอบเพื่อประเมินผู้สูงอายุ โดยการกำหนดค่าคะแนนที่ใช้ในการทดสอบ ซึ่งผลคะแนนที่ได้จะเป็นตัวชี้วัดว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่
- 2) ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL & IADL) เป็นแบบทดสอบเพื่อประเมินผู้สูงอายุ โดยการกำหนดค่าคะแนนที่ใช้ในการทดสอบ ซึ่งผลคะแนนที่ได้จะเป็นตัวชี้วัดว่าผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาหรือไม่
- 3) ส่วนที่ 3 ข้อมูลทั่วไปด้านสังคม เศรษฐกิจ และความเป็นอยู่ (Living Arrangement) เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ
- 4) ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย เป็นข้อมูลเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย ปัญหาในการอยู่อาศัย กิจวัตรประจำวัน
- 5) ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านการเตรียมการที่อยู่อาศัย เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในเรื่องที่อยู่อาศัย ข้อคิดเห็นในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้มีความเหมาะสม

3.4.3 การทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จะนำมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบด้านความตรงเชิงเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการศึกษา ผู้วิจัยจะนำกลับมาปรับปรุงแก้ไขและนำไปทำการทดสอบแบบสัมภาษณ์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยในแบบสัมภาษณ์ชุดแรกพบมีข้อบกพร่อง ดังนี้

- 1) คำถามไม่มีส่วนของแบบทดสอบความจำ
- 2) คำถามไม่ต่อเนื่อง ไม่มีการเรียงลำดับและการจัดหมวดหมู่ของคำถาม
- 3) คำถามมีความซ้ำซ้อน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเบื่อก่อนที่จะตอบคำถาม
- 4) คำถามด้านสภาพปัญหาในการอยู่อาศัย พบว่าส่วนใหญ่ไม่ค่อยให้ความสำคัญในเรื่องที่อยู่อาศัย โดยจะให้ความสำคัญด้านการดูแลสุขภาพมากกว่า
- 5) ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 3-4 ชั่วโมง ซึ่งนานเกินไปทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์อึดอัด

จากปัญหาในการทดสอบแบบสัมภาษณ์ข้างต้น ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ ดังนี้

- 1) เพิ่มคำถามแบบทดสอบความจำ MMSE (รายละเอียดในภาคผนวก)
 - 2) จัดเรียงลำดับและหมวดหมู่ของแบบสัมภาษณ์ใหม่ให้มีความต่อเนื่อง
 - 3) ตัดคำถามที่ซ้ำซ้อนออกและเพิ่มคำถามในข้อที่ยังไม่ได้คำตอบที่มีนัยสำคัญ
 - 4) เพิ่มคำถามที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการใช้ชีวิตประจำวันในแต่ละวัน โดยระบุประเภทของกิจกรรม และช่วงเวลาในการทำกิจกรรม

3.4.4 การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ

ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะนำมาวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์เบื้องต้นไปสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อหาข้อบกพร่องและหาข้อสรุปที่ได้จากการศึกษา ตลอดจนเป็นแนวทางในการอภิปรายต่อไป

3.5 การศึกษา วิเคราะห์และสรุปผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ การสัมภาษณ์ การสังเกต และการประชุมกลุ่มย่อย ใช้วิธีการวิเคราะห์เปรียบเทียบกับแนวคิดในต่างประเทศและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อสรุปประเด็นสำคัญ ใช้วิธีการนำเสนอในเชิงพรรณนา

- 3.5.1 วิเคราะห์ผลการศึกษาโดยการเปรียบเทียบกับแนวคิดการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในต่างประเทศ
- 3.5.2 วิเคราะห์ผลการศึกษาโดยการเปรียบเทียบมาตรฐานของสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆที่ได้ระบุไว้ในกฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพและคนชรา พ.ศ. 2548
- 3.5.3 สรุปและวิเคราะห์การสัมภาษณ์ และประชุมกลุ่มย่อยโดยวิเคราะห์ประเด็นปัญหาและข้อเสนอแนะในการแก้ไขเชิงพรรณนา

3.6 ข้อจำกัดในการศึกษา

3.6.1 ด้านประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมฯ หรือผู้ป่วยที่เป็นคนไข้ของแพทย์ทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลรามาริบัติ

3.6.2 ด้านการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะเป็นไปตามกฎระเบียบข้อบังคับของคณะพิจารณาด้านจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ และความยินยอมของผู้เข้าร่วมวิจัย (ดูเอกสารในภาคผนวก) ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะไม่เปิดเผยข้อมูลที่เป็นข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยแต่อย่างใด

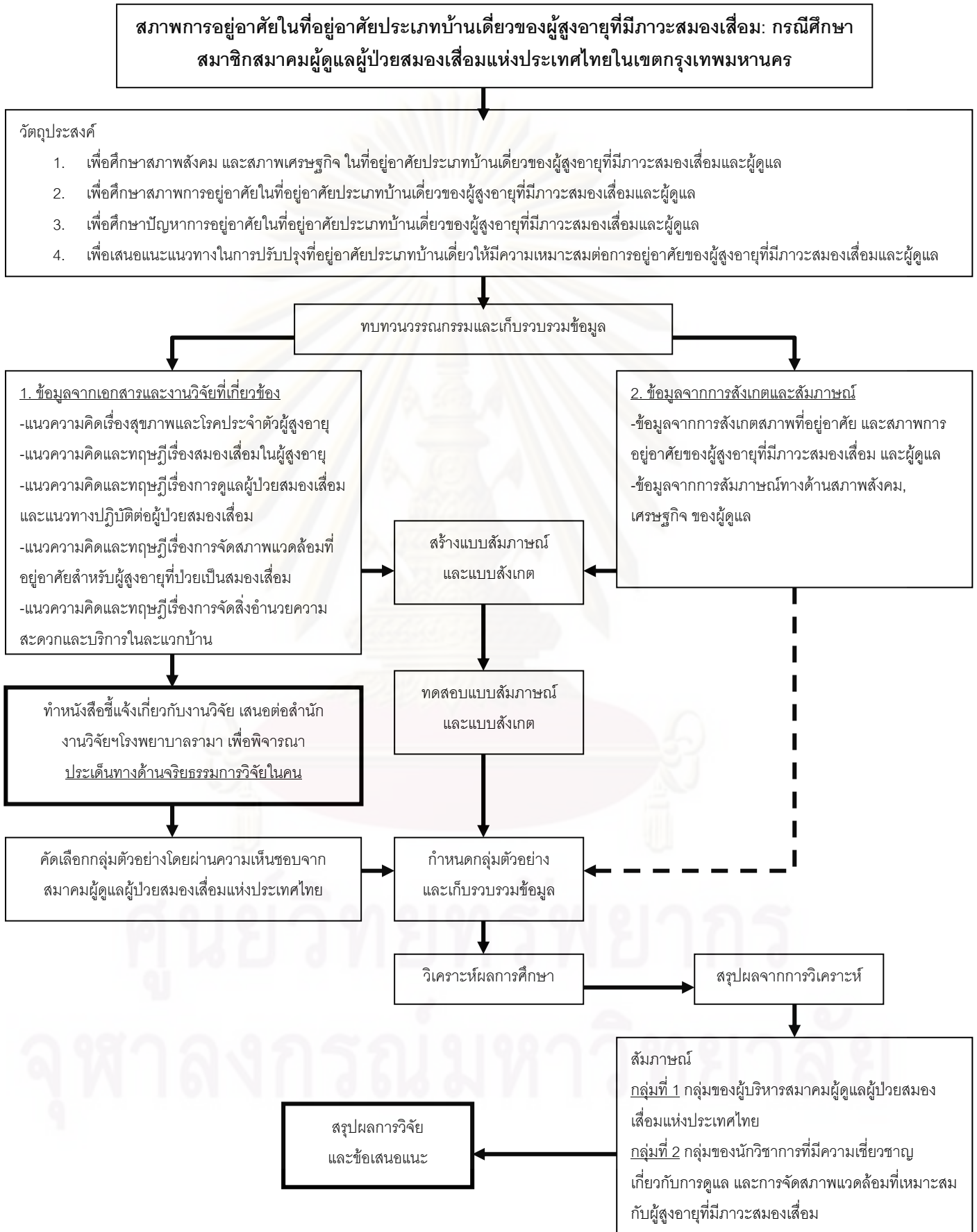
3.6.3 ด้านประเภทของที่อยู่อาศัย

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จะใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยทำการเก็บข้อมูลประเภทที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างเฉพาะรูปแบบที่อยู่อาศัยประเภท “บ้านเดี่ยว”

3.6.4 ด้านพื้นที่ศึกษา

จากข้อจำกัดในการวิจัยทั้งในด้านเวลา และงบประมาณในการศึกษา ผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลโดยการคัดเลือกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร

แผนผังที่ 3.1 แสดงกระบวนการดำเนินงานวิทยานิพนธ์



ตารางที่ 3.1 แสดงกรอบแนวคิดงานวิจัย

เรื่อง สภาพการอยู่อาศัยในที่อยู่อาศัยประเภทบ้านเดี่ยวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในเขตกรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์	ตัวแปรหลัก	ตัวแปรรอง	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	ประชากรกลุ่มตัวอย่าง
1. เพื่อศึกษาสภาพสังคม และสภาพเศรษฐกิจ ในที่อยู่อาศัยประเภทบ้านเดี่ยวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล	ข้อมูลทั่วไปของผู้ อยู่อาศัย	- เพศ - อายุ - ระดับการศึกษา - สถานภาพสมรส - ภูมิลำเนาเดิม	การสัมภาษณ์แบบ เจาะลึกกับผู้ดูแล	คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากสมาชิกสมาคม ผู้ดูแลผู้ป่วยสมอง เสื่อมฯ โดยทำการ เลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อทำ การเก็บข้อมูลในเชิง ลึก จำนวน 15 กลุ่ม ตัวอย่าง
	สภาพสังคม	- การทำกิจกรรมในที่ อยู่อาศัย - ความสัมพันธ์ใน ครอบครัว - ความสัมพันธ์กับ เพื่อนบ้าน	การสัมภาษณ์แบบ เจาะลึกกับผู้ดูแล	
	สภาพเศรษฐกิจ	- อาชีพ - รายได้ - ค่าใช้จ่าย - ภาระหนี้สิน - การวางแผนการออม เพื่อการอยู่อาศัย	การสัมภาษณ์แบบ เจาะลึกกับผู้ดูแล	
2. เพื่อศึกษาสภาพการอยู่อาศัยในที่อยู่อาศัยประเภทบ้านเดี่ยวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล	ลักษณะที่อยู่อาศัย	- ลักษณะ/รูปแบบที่อยู่ อาศัย - ขนาดพื้นที่ใช้สอย	การสังเกตแบบมี โครงสร้างกับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อม	
3. เพื่อศึกษาปัญหาการอยู่อาศัยในที่อยู่อาศัยประเภทบ้านเดี่ยวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล	ปัญหาการอยู่อาศัย	- ปัญหาการอยู่อาศัย - ปัญหาที่อยู่อาศัย	การสัมภาษณ์แบบ เจาะลึกกับผู้ดูแล	

บทที่ 4

สภาพการอยู่อาศัยของกรณีศึกษา

4.1 ข้อมูลสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย

สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทยได้ก่อตั้งขึ้นในเดือนกรกฎาคม 2541 จากการรวมตัวกันของบรรดาญาติผู้ป่วยด้วยโรคนี้ และผู้ที่พร้อมจะให้ความสนับสนุน โดยมีปณิธานร่วมกันเพื่อช่วยเหลือและปรับปรุง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวให้ดีขึ้น การทำงานของชมรมนี้เป็นรูปแบบที่ไม่แสวงหาผลกำไร และมีจุดประสงค์เพื่อให้ชุมชนได้ตระหนักถึงและ มีความเข้าใจในโรคอัลไซเมอร์และโรคสมองเสื่อมอื่นๆเมื่อวันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2543 โดยมีการจัดกิจกรรมเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ให้คำแนะนำในเรื่องสถานที่บำบัดความเข้าใจในเรื่องโรค และความช่วยเหลือด้านอื่นๆ
2. การให้ความรู้ความเข้าใจ เอกสาร VDO เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม การบรรยายทางวิชาการ โดยผู้มีประสบการณ์และการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มทักษะแก่ผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วย
3. การดูแลผู้ป่วย จัดเตรียมสถานที่ที่สามารถดูแลผู้ป่วยในช่วงกลางวันกลุ่มสัมพันธ์ สำหรับญาติหรือผู้ดูแลเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและลดความตึงเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย
4. จัดหมายข่าวจากสมาคม ให้สมาชิกได้รับทราบ ความเคลื่อนไหวและกิจกรรมต่างๆที่พร้อมจะเปิดให้กับผู้ที่สนใจ

ในการศึกษารุ่นนี้ ได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้เป็นกรณีศึกษา และทำการวิจัยแบบคู่ขนาน โดยจะทำการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างร่วมกับนักวิจัยในสาขาด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และใช้ประชากรกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียวกัน คือ กลุ่มสมาชิกของสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และทำการเก็บข้อมูลในเชิงลึก จำนวน 20 กลุ่มตัวอย่าง โดยในการเก็บข้อมูลจะเน้นการใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตเป็นหลัก การจัดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำแนกได้ตามระยะการดำเนินอาการของโรค โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มระยะแรก, กลุ่มระยะกลาง และกลุ่มระยะสุดท้าย ซึ่งในการศึกษาจะทำการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อม

ในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จะทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อศึกษาข้อมูลทางด้านสภาพสังคม เศรษฐกิจ ต่อจากนั้นจะทำการเก็บข้อมูลทางด้านสภาพการอยู่อาศัยโดยการสำรวจที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย รวมทั้งสังเกตพฤติกรรมในการอยู่อาศัย ทั้งนี้จะทำการศึกษาสภาพการอยู่อาศัยของผู้ดูแลผู้ป่วยควบคู่ไปด้วย เพื่อให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของการอยู่อาศัยร่วมกันระหว่าง

ผู้ป่วยและผู้ดูแล และทำการศึกษาในเชิงลึกด้านพฤติกรรมในการอยู่อาศัยของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัยให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยสมองเสื่อมต่อไป

4.2 ผลการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาข้อมูลปฐมภูมิโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมฯ พบว่า ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร มีรูปแบบที่อยู่อาศัยเป็นประเภทบ้านเดี่ยว ทาวน์เฮ้าส์ และอาคารพาณิชย์ ซึ่งได้ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 20 กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยจะแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามระยะการดำเนินอาการของโรคสมองเสื่อมตามการวินิจฉัยของแพทย์ผู้ร่วมวิจัย แบ่งออกได้ 3 กลุ่ม และจำแนกตามรูปแบบที่อยู่อาศัยเพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพื้นที่ใช้สอยในแต่ละกลุ่ม โดยสามารถสรุปผลการเก็บข้อมูลได้ตามตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.1 แสดงผลการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด 20 กลุ่มตัวอย่าง

รูปแบบที่อยู่อาศัย	ระยะการดำเนินอาการของโรค		
	ระยะแรก	ระยะกลาง	ระยะสุดท้าย
บ้านเดี่ยว	1. กรณีศึกษาที่ 1 อายุ 72 ปี	1. กรณีศึกษาที่ 6 อายุ 87 ปี	1. กรณีศึกษาที่ 11 อายุ 70 ปี
	2. กรณีศึกษาที่ 2 อายุ 88 ปี	2. กรณีศึกษาที่ 7 อายุ 83 ปี	2. กรณีศึกษาที่ 12 อายุ 86 ปี
	3. กรณีศึกษาที่ 3 อายุ 82 ปี	3. กรณีศึกษาที่ 8 อายุ 85 ปี	3. กรณีศึกษาที่ 13 อายุ 89 ปี
	4. กรณีศึกษาที่ 4 อายุ 83 ปี	4. กรณีศึกษาที่ 9 อายุ 80 ปี	4. กรณีศึกษาที่ 14 อายุ 90 ปี
	5. กรณีศึกษาที่ 5 อายุ 81 ปี	5. กรณีศึกษาที่ 10 อายุ 89 ปี	5. กรณีศึกษาที่ 15 อายุ 74 ปี
ทาวน์เฮ้าส์	6. กรณีศึกษาที่ 16 อายุ 74 ปี		6. กรณีศึกษาที่ 19 อายุ 64 ปี
อาคารพาณิชย์		6. กรณีศึกษาที่ 17 อายุ 80 ปี	7. กรณีศึกษาที่ 20 อายุ 82 ปี
		7. กรณีศึกษาที่ 18 อายุ 82 ปี	
รวม	6 กลุ่มตัวอย่าง	7 กลุ่มตัวอย่าง	7 กลุ่มตัวอย่าง
รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด			20 กลุ่มตัวอย่าง

จากผลการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์ แบบสำรวจ และแบบสังเกต จำนวน 20 กลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยมีอายุอยู่ในช่วงอายุ 70-90 ปี และมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน, โรคพาร์กินสัน, โรคไขมันในเลือดสูง, โรคหูตึง, โรคหอบหืด และโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยจะพักอาศัยอยู่ในที่อยู่อาศัยเดิมของตนเอง และโดยอาศัยอยู่กับผู้ดูแลอย่างน้อย 2 คน ประกอบด้วยผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นญาติของผู้ป่วย และผู้ดูแลรองที่เป็นลูกจ้างประจำอย่างน้อย 1 คน

4.3 ข้อมูลด้านสภาพสังคม เศรษฐกิจ และสภาพการอยู่อาศัย

4.3.1 กลุ่มระยะแรก

ได้แก่ กรณีศึกษาที่ 1, กรณีศึกษาที่ 2, กรณีศึกษาที่ 3, กรณีศึกษาที่ 4, กรณีศึกษาที่ 5, และกรณีศึกษาที่ 16

1) กรณีศึกษาที่ 1 อายุ 72 ปี

ที่อยู่ ถนนศรีบูรพา 2 แขวงคลองจั่น เขตบางกะปิ

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วย เป็นเพศหญิง อายุ 72 ปี สถานภาพ สมรสแล้ว มีบุตรด้วยกัน 3 คน การศึกษาระดับปริญญาตรี เกษียณอายุรับเงินบำเหน็จ ผู้ดูแล เป็นเพศหญิง อายุ 45 ปี สถานภาพ โสด เป็นบุตรคนที่สองของผู้ป่วย การศึกษาระดับปริญญาโท อาชีพ รับราชการพยาบาล โรงพยาบาลรามาริบัติ

ระยะเวลาที่มีอาการป่วย 2 ปี, โรคประจำตัว เบาหวาน, พาร์กินสันและไขมันสูง

ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วย ต้องพึ่งพาอย่างมาก (ค่าคะแนน ADL = 6/6)

พฤติกรรมและอาการของโรค ผู้ป่วยมีอาการของโรคพาร์กินสัน คือ เดินเกร็ง, พูดไม่ค่อยได้ และมีอาการของโรคสมองเสื่อมในระยะแรกๆอยู่ กล่าวคือ ผู้ป่วยยังสามารถจดจำบุคคล เหตุการณ์หรือสถานที่ได้บ้าง ปัจจุบันผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวที่แยลงเรื่อยๆ ทำให้ผู้ดูแลมีความต้องการที่จะให้ผู้ป่วยยังคงการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการถ่ายภาพบำบัดอย่างเป็นประจำ ด้านการสื่อสารของผู้ป่วยจะใช้วิธีการขมิบปาก, การกระพริบตา และการบีบที่มือเพื่อแสดงความต้องการของผู้ป่วย เช่น การเข้าห้องน้ำ, การรับประทานอาหาร เป็นต้น

สภาพการอยู่อาศัย การครอบครองที่อยู่อาศัยสามี่ของผู้ป่วยเป็นเจ้าของเอง ระยะเวลาการอยู่อาศัยประมาณ 12 ปี (ตั้งแต่ปี พ.ศ.2512) ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นอาคารคสล.กึ่งโครงสร้างไม้จำนวน 2 ชั้น พื้นที่ใช้สอยทั้งหมดประมาณ 286 ตร.ม. ชั้นล่างปัจจุบันใช้เป็นห้องนอนของสามี ผู้ป่วยและผู้ป่วย ส่วนชั้นบนจะเป็นห้องนอนและห้องเก็บของลูกสาว

การป้องกันและการรักษา รักษาโดยการให้ยารักษาตามอาการของโรค ประกอบด้วยโรคพาร์กินสัน และโรคสมองเสื่อม รวมทั้งการถ่ายภาพบำบัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยยังคงเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ

สภาพสังคม เศรษฐกิจ รายได้ในครัวเรือนประมาณ 40,000 บาทต่อเดือน (เงินบำนาญของคุณพ่อและเงินเดือนลูกสาว) รายจ่ายในครอบครัวประมาณ 32,000 บาทต่อเดือน แบ่งเป็นค่าจ้างลูกจ้างประจำ 7,000 บาท, ค่ารักษาพยาบาล และค่าของใช้ประจำวัน 25,000 บาท

สภาพแวดล้อมโดยทั่วไป เดิมเป็นบ้านไม้มีใต้ถุนต่อมาลูกชายแต่งงานและมีครอบครัวจึงมีการกันห้องนอนและพื้นที่ชั้นล่างขึ้น ภายหลังพ่อลูกชายย้ายออกจากบ้านจึงห้องนอนชั้นล่างจึงกลายเป็นของผู้ป่วยแทน ปัจจุบันในชั้นล่างได้มีการต่อเติมในส่วนของผนังที่กันพื้นที่บันไดเพื่อป้องกันยุงเพราะเคยใช้มุ้งลวดแต่ยุงยังสามารถผ่านเข้ามาได้ และพื้นที่ส่วนครัวด้านหลัง รวมถึงได้มีการปรับปรุงพื้นที่บางส่วนไว้สำหรับผู้ป่วยบ้าง เช่น ในห้องน้ำได้มีการติดตั้งราวจับกันลื่น เป็นต้น

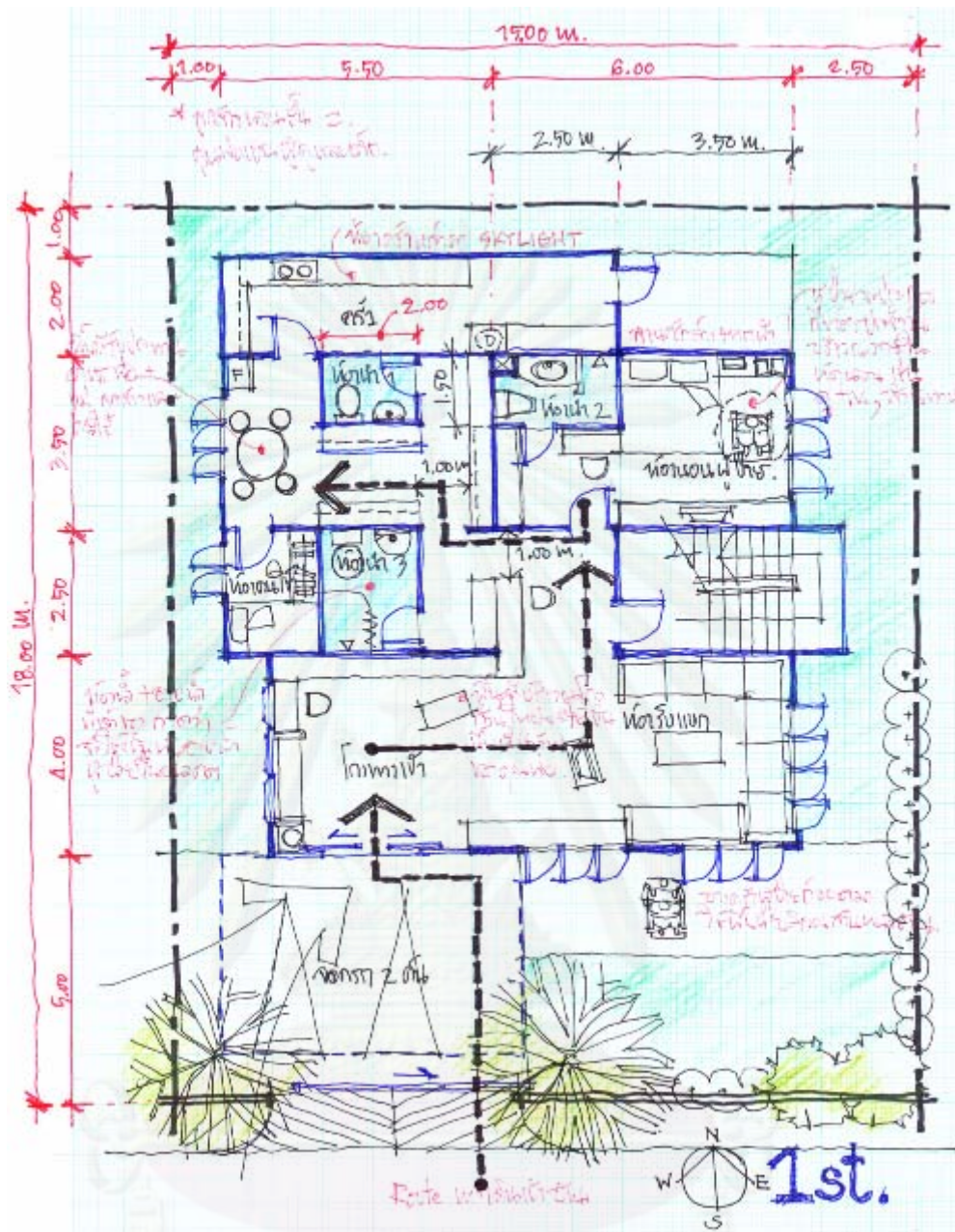
ตารางที่ 4.2 แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 1 และผู้ดูแล

ช่วงเวลา	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	พื้นที่ใช้สอย
06.00-06.30น.	อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน	ดูแลผู้ป่วย, เตรียมอาหารเช้า	ห้องน้ำ
07.00-08.00น.	ทานอาหาร (ปั่น)	ป้อนอาหารให้ผู้ป่วย	ห้องนั่งเล่น
08.00-09.00น.	ดูโทรทัศน์	เล่านิทาน, อ่านหนังสือให้ผู้ป่วยฟัง	ห้องนอน
09.00-12.00น.	นอนพักผ่อน	อ่านหนังสือ, ดูโทรทัศน์	ห้องนอน
12.00-13.00น.	ทานอาหาร (ปั่น)	ป้อนอาหารให้ผู้ป่วย	ห้องนอน
13.00-14.00น.	ดูโทรทัศน์, นวดตัว	นวดบริหารกล้ามเนื้อ	ห้องนอน
14.00-15.00น.	นอนพักผ่อน	อ่านหนังสือ, ดูโทรทัศน์	ห้องนอน
15.00-16.00น.	นั่งเล่น	อ่านหนังสือ, เล่านิทานให้ผู้ป่วยฟัง	สวน
16.00-18.00น.	นอนพักผ่อน	ดูโทรทัศน์ภายในห้องนอนผู้ป่วย	ห้องนอน
18.00-19.00น.	ทานอาหาร (ปั่น)	ป้อนอาหารให้ผู้ป่วย	ห้องนอน
20.00-21.00น.	ทำกายภาพบำบัดบนเตียง	นวดตัวให้ผู้ป่วย	ห้องนอน
22.00-22.30น.	ทานอาหาร (ปั่น)	ป้อนอาหารให้ผู้ป่วย	ห้องนอน
24.00-06.00น.	นอนพักผ่อน, เข้าห้องน้ำ	นอนเตียงเดียวกันกับผู้ป่วย	ห้องนอน, ห้องน้ำ

สวนภายนอก ขนาดความกว้าง 6 เมตร ยาว 8 เมตรพื้นที่รวม 48 ตารางเมตร พื้นที่สวนจะอยู่บริเวณด้านหน้าที่อยู่อาศัยใกล้กับทางเข้า โดยลูกชายคนโตของผู้ป่วยจะเป็นผู้ดูแลและจัดสวนดังกล่าว เนื่องจากเป็นคนชอบการปลูกต้นไม้มาก พี่ชพรรณที่นิยมปลูกสวนใหญ่จะเป็นกล้วยไม้ และไม่พุ่มเตี้ย



ภาพที่ 4.1 แสดงสภาพแวดล้อมบริเวณด้านหน้า



แผนผังที่ 4.1 แสดงผังบริเวณที่อยู่อาศัยของกรณีศึกษาที่ 1

ห้องนั่งเล่น ห้องนั่งเล่นอยู่ใกล้กับโถงทางเข้า และพื้นที่ทำงานของสามีผู้ป่วย มีขนาดความกว้าง 4 เมตร ยาว 4 เมตร มีพื้นที่ประมาณ 16 ตารางเมตร ส่วนใหญ่ลูกสาวและสามีของผู้ป่วยจะเข้ามาใช้พื้นที่นี้เป็นส่วนใหญ บางครั้งในช่วงกลางวันก็จะพาผู้ป่วยออกมาทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น ดูโทรทัศน์, เล่นนิตานให้ผู้ป่วยฟัง เป็นต้น



ภาพที่ 4.2 แสดงห้องนั่งเล่นที่เชื่อมกับโถงกลางบ้าน

ห้องนอน ห้องนอนผู้ป่วยอยู่ที่ชั้นล่าง มีห้องน้ำอยู่ภายในห้องนอนของผู้ป่วย โดยมีขนาดความกว้าง 4 เมตร ยาว 6 เมตร มีพื้นที่ประมาณ 24 ตารางเมตร ปัจจุบันผู้ป่วยนอนเตียงเดียวกับผู้ดูแล โดยเป็นห้องที่ผู้ป่วยใช้ประกอบกิจวัตรประจำวันมากที่สุด ได้แก่ การรับประทานอาหาร, ดูโทรทัศน์, การทำกายภาพบำบัดบนเตียงนอน, การนั่งชมวีดิโอและฟังนิทาน โดยผู้ดูแล จะเล่านิทานให้ฟังในช่วงหลังรับประทานอาหารของในแต่ละวัน เพื่อกระตุ้นความจำให้กับผู้ป่วย



ภาพที่ 4.3 แสดงห้องนอนของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ห้องน้ำ ห้องน้ำอยู่ภายในห้องนอนของผู้ป่วย มีขนาดความกว้าง 1.50 เมตร ยาว 2.50 เมตร มีพื้นที่ประมาณ 3.75 ตารางเมตร ภายในห้องน้ำมีการแบ่งพื้นที่ส่วนเปียกและส่วนแห้งอย่างชัดเจน และมีการติดตั้งอุปกรณ์เพื่อช่วยพยุงตัวให้กับผู้ป่วย เช่น ราวจับ, เก้าอี้นั่งอาบน้ำ เป็นต้น ปัจจุบันผู้ป่วยไม่สามารถใช้งานห้องน้ำได้โดยลำพังต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด



ภาพที่ 4.4 แสดงห้องน้ำของผู้ป่วย แยกส่วนเปียกส่วนแห้ง

ห้องครัว ห้องครัวเป็นส่วนที่มีการต่อเติมในภายหลัง มีขนาดความกว้าง 2 เมตร ยาว 8 เมตร มีพื้นที่ประมาณ 16 ตารางเมตร ตำแหน่งครัวอยู่ใกล้กับพื้นที่รับประทานอาหาร มีแสงสว่างเพียงพอและมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก

พื้นที่รับประทานอาหาร พื้นที่รับประทานอาหารอยู่ใกล้กับห้องครัว โดยมีทางเดินเชื่อมต่อมาจากโถงกลางบ้าน และอยู่ใกล้กับห้องน้ำของผู้ดูแล มีขนาดความกว้าง 2 เมตร ยาว 2.5 เมตร มีพื้นที่ประมาณ 5 ตารางเมตร ปัจจุบันผู้ป่วยจะมานั่งโต๊ะรับประทานอาหารร่วมกับคนในครอบครัวในช่วงเช้าของแต่ละวัน



ภาพที่ 4.5 แสดงห้องรับประทานอาหาร ห้องน้ำของผู้ดูแล และห้องครัว

ทางเดินภายใน ทางเดินภายในบ้านมีความกว้างประมาณ 0.90 – 1.20 เมตร ผู้ป่วยสามารถใช้เก้าอี้รถเข็นผ่านไปมาได้ มีการจัดวางเฟอร์นิเจอร์ที่กีดขวางทางเดิน



ภาพที่ 4.6 แสดงโถงกลางที่ใช้เป็นพื้นที่ทำงานของผู้ดูแลรอง

2) กรณีศึกษาที่ 2 อายุ 88 ปี

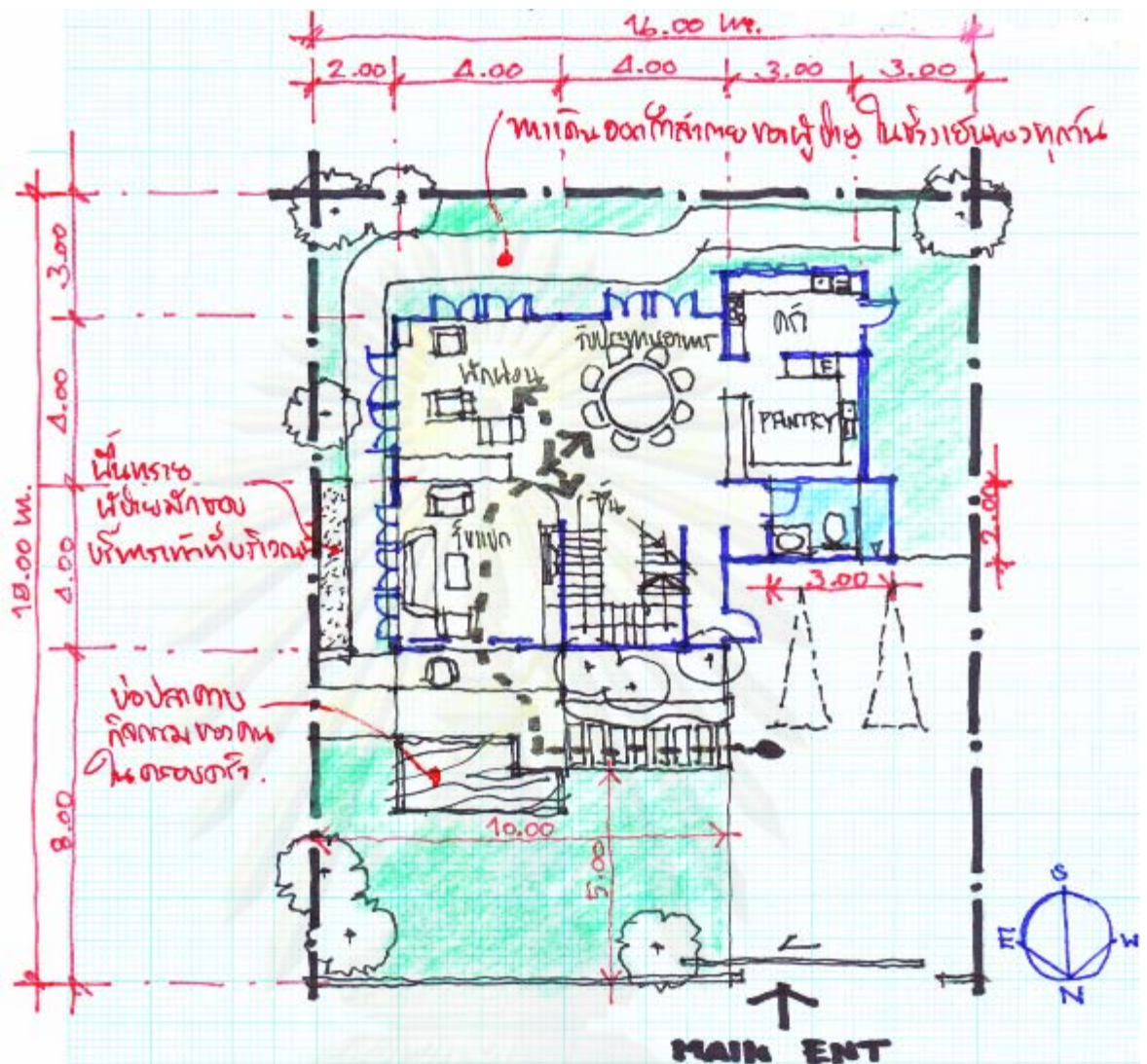
ที่อยู่ หมู่บ้านนันทวัน ศรีนครินทร์ เขตบางนา

ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วย ต้องพึ่งพาบ้าง (ค่าคะแนน ADL = 2/6)

ระยะเวลาที่มีอาการป่วย 2 ปี, โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วย เป็นเพศชาย อายุ 88 ปี มีบุตรด้วยกัน 6 คน จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา เดิมประกอบอาชีพทำธุรกิจส่วนตัว ปัจจุบันอาศัยอยู่กับภรรยาและบุตรสาว มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 5 คน ส่วนผู้ดูแล เป็นลูกสาว อายุ 52 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ประกอบอาชีพทำธุรกิจส่วนตัว รายได้เฉลี่ย 40,000 บาท

การป้องกันและการรักษา รักษาตามอาการของโรค ได้แก่ โรคสมองเสื่อม และโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังส่งเสริมทางด้านโภชนาการ ได้แก่ อาหารประเภทข้าวกล้อง, ผัก, ไข่ไก่ และปลา รวมถึงการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายเพื่อคงความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้



แผนผังที่ 4.2 แสดงผังบริเวณที่อยู่อาศัยของกรณีศึกษาที่ 2

พฤติกรรมและอาการของโรค ผู้ป่วยจะมีอาการเป็นโรคหูตึงไม่สามารถสนทนาหรือสื่อสารได้ตามปกติ ผู้ดูแลจะต้องพูดเสียงดังๆ หรือพูดใกล้ๆหูของผู้ป่วยจึงจะสามารถสื่อสารได้ ด้านพฤติกรรมผู้ป่วยมักชอบออกมานั่งพักผ่อนอยู่บริเวณห้องนั่งเล่นใกล้กับพื้นที่รับประทานอาหาร โดยจะนั่งชมวิทยุโทรทัศน์ และมองสิ่งของที่อยู่ในชั้นวางของผู้ป่วยในอดีต (ของสะสมตั้งแต่สมัยหนุ่ม) ตลอดทั้งวัน

สภาพสังคม เศรษฐกิจ ปัจจุบันผู้ป่วยพักอาศัยอยู่กับภรรยา ลูกสาวและลูกจ้างประจำ รวมสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด 5 คน โดยลูกสาว เป็นผู้ดูแลหลัก รายได้ครัวเรือนประมาณ 40,000 บาทขึ้นไปต่อเดือน ส่วนรายจ่ายจะเป็นค่ารักษาพยาบาลและเครื่องใช้ส่วนตัวของผู้ป่วย ประมาณ 10,000 บาทต่อเดือน ทำให้มีเงินเหลือเก็บในทุกๆ เดือน

สภาพการอยู่อาศัย ปัจจุบันผู้ป่วยเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัยเอง อาศัยอยู่มาแล้ว 6 ปี ลักษณะเป็นบ้านเดี่ยว 2 ชั้น บนเนื้อที่ 80 ตารางวา พื้นที่ใช้สอยประมาณ 220 ตารางเมตร โดยชั้นล่างประกอบด้วย ห้องรับแขก, ห้องรับประทานอาหาร, ห้องพักผ่อน(สำหรับผู้ป่วย), ห้องครัว และพื้นที่สวน ส่วนชั้นบนจะเป็นห้องนอนของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ตารางที่ 4.3 แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 2 และผู้ดูแล

ช่วงเวลา	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	พื้นที่ใช้สอย
05.00 - 06.00 น.	ตื่นนอน, ล้างหน้า, แปรงฟัน	เตรียมอาหารให้กับผู้ป่วย	ห้องน้ำ
06.00 - 07.00 น.	รับประทานอาหารเช้า ได้แก่ ข้าวกล้อง, ผัก, ไข่ไก่, เบ็ด	รับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหาร
07.00 - 08.00 น.	รับประทานอาหารว่าง ได้แก่ ถั่ว, ขนมและของว่าง	คอยดูแลผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหาร
08.00 - 12.00 น.	นั่งชมโทรทัศน์, รับประทานกล้วย		ห้องนั่งเล่น
12.00 - 13.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน ได้แก่ ข้าวกล้อง และปลา	รับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหาร
13.00 - 15.00 น.	นั่งพักผ่อนในห้องพักผ่อน	อ่านหนังสือ, ชมโทรทัศน์ และสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย	ห้องนั่งเล่น
15.00 - 16.00 น.	นั่งเล่นในสวนหน้าบ้าน	คอยสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย	สวนภายนอก
16.00 - 17.00 น.	เดินออกกำลังกายภายในสวน		สวนภายนอก
17.00 - 18.00 น.	รับประทานอาหารเสริม ได้แก่ นมนิวเท็นในปริมาณเท่ากับอาหาร 1 มื้อ		ห้องนั่งเล่น
18.00 - 19.00 น.	อาบน้ำ, แต่งตัว(1 ครั้งต่อวัน)	เตรียมเสื้อผ้า, เครื่องแต่งกายให้กับผู้ป่วย	ห้องน้ำ
19.00 - 21.00 น.	ชมโทรทัศน์ สนทนาในครอบครัว	พูดคุยกับผู้ป่วย	ห้องนั่งเล่น
21.00 - 05.00 น.	นอนพักผ่อน(แยกห้องนอนกับผู้ดูแล)	นอนพักผ่อน	ห้องนอน

สวนภายนอก มีขนาดความกว้าง 6.00 เมตร ยาว 10.00 เมตร พื้นที่ใช้สอยประมาณ 60.00 ตารางเมตร ปัจจุบันมีการตกแต่งสวนด้านข้างโดยการทำทางเดินสำหรับให้ผู้ป่วยใช้เดินออกกำลังกายและทางเดินบ่อทรายสำหรับนวดเท้า



ภาพที่ 4.7 แสดงพื้นที่ออกกำลังกาย และสระน้ำด้านหน้า
ที่ผู้ป่วยมักออกมานั่งชมวิว

ห้องนั่งเล่น มีขนาดความกว้าง 4.00 เมตร ยาว 8.00 เมตร พื้นที่ใช้สอย ประมาณ 32.00 ตารางเมตร โดยห้องนั่งเล่น จะแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ห้องนั่งเล่นสำหรับ ชมโทรทัศน์และห้องนั่งเล่นสำหรับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยมักชอบออกมานั่งเล่นและมองรูปภาพ ของตนเองในสมัยอดีตตลอดช่วงเช้าในทุกวัน



ภาพที่ 4.8 แสดงห้องนั่งเล่นสำหรับนั่งพักผ่อน

ห้องนอน แยกออกมาต่างหากเป็น ห้องเดี่ยว เพราะผู้ป่วยของอยู่ตามลำพัง โคน ห้องนอนมีขนาดความกว้าง 4.00 เมตร ยาว 6.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 24.00 ตาราง เมตร ภายในตกแต่งเฟอร์นิเจอร์ด้วยชุด เครื่องเสียง เพราะผู้ป่วยมักชอบฟังเพลงอยู่ เป็นประจำก่อนที่จะมามีอาการหูตึง



ภาพที่ 4.9 แสดงห้องนอนผู้ป่วยที่ตกแต่งด้วยชุดเครื่องเสียง

ห้องครัว มีขนาดความกว้าง 2.00 เมตร ยาว 2.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 4.00 ตารางเมตร ปัจจุบันผู้ป่วยไม่ได้เข้ามาใช้งาน เพราะไม่ชอบทำครัว และผู้ดูแลจะซื้ออาหารมา รับประทานที่บ้าน พื้นที่ครัวจึงมีขนาดเล็กและ ไม่ค่อยได้ใช้งาน



ภาพที่ 4.10 แสดงพื้นที่เตรียมอาหาร

พื้นที่รับประทานอาหาร มีขนาด ความกว้าง 4.00 เมตร ยาว 4.00 เมตร พื้นที่ ประมาณ 16.00 ตารางเมตร ประกอบด้วย โต๊ะ เก้าอี้รับประทานอาหารรองรับได้ 6-8 คน



ภาพที่ 4.11 แสดงโต๊ะรับประทานอาหารที่สามารถ รองรับคนได้ 6-8 คน

ห้องน้ำ ห้องน้ำผู้ป่วยเป็นห้องน้ำในห้องนอน มีขนาดความกว้าง 2.00 เมตร ยาว 2.50 เมตร พื้นี่ประมาณ 5.00 ตารางเมตร ภายในประกอบด้วย เคาน์เตอร์อ่างล้างหน้า, โถสุขภัณฑ์, อ่างอาบน้ำ และพื้นที่นั่งอาบน้ำ



ภาพที่ 4.12 แสดงห้องน้ำผู้ป่วยที่มีแยกการใช้สอยในแต่ละส่วนชัดเจน

ทางเดินภายใน ทางเดินภายในมีความกว้าง 1.00 – 1.20 เมตร บริเวณทางเข้าใช้วัสดุปูพื้นเป็นกระเบื้องชนิดผิวไม่ลื่น โดยพื้นมีความต่างระดับกันประมาณ 3 – 5 เซนติเมตร บันไดภายในบ้านใช้วัสดุปูพื้นเป็นไม้ ติดตั้งราวจับ 1 ด้าน



ภาพที่ 4.13 แสดงบันไดขึ้นชั้นบน และพื้นที่นั่งเล่นภายนอกบริเวณทางเข้าหลัก

3) กรณีศึกษาที่ 3 อายุ 82 ปี

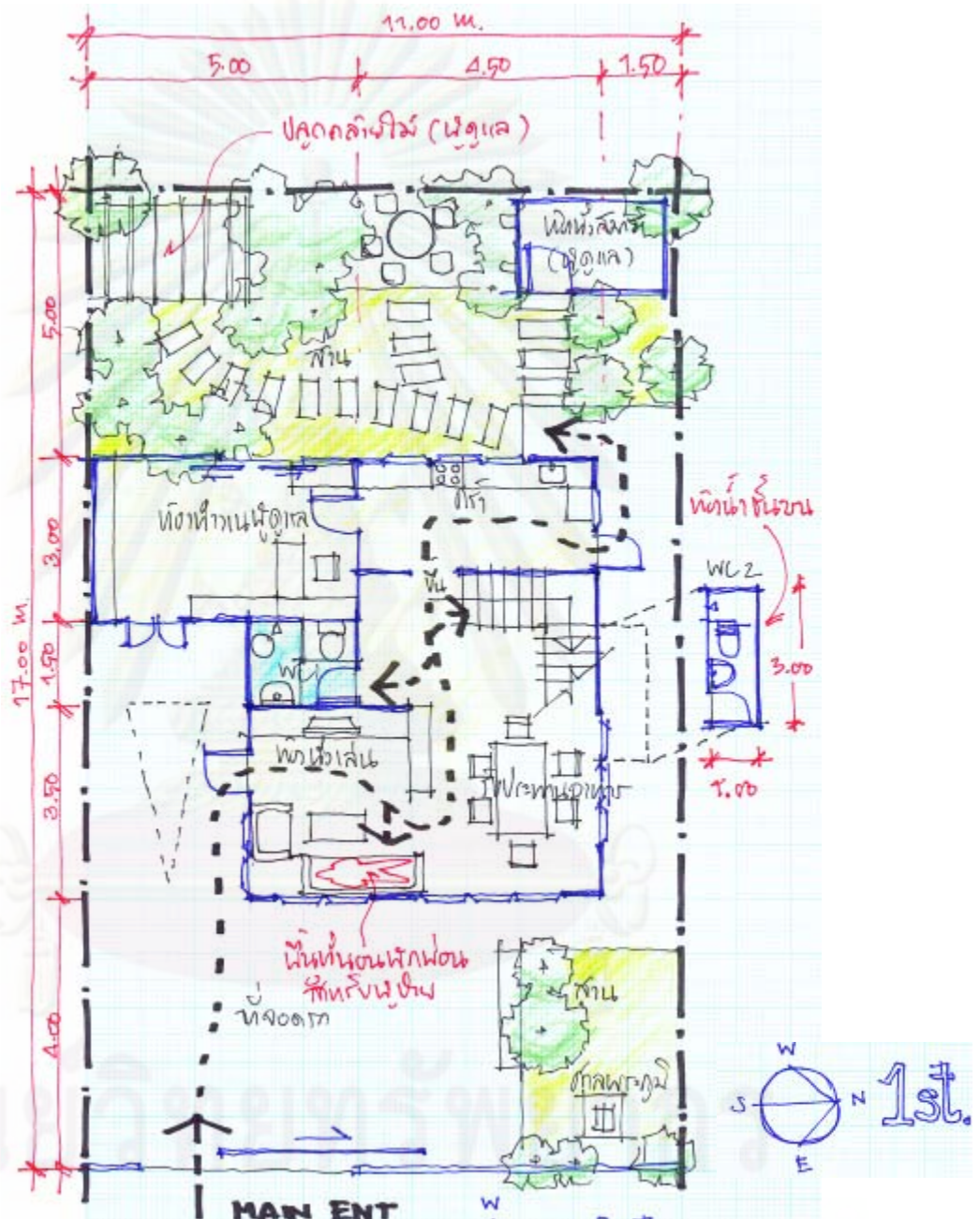
ที่อยู่ ถนนแจ้งวัฒนะ เขตหลักสี่

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วย เป็นเพศหญิง อายุ 82 ปี เดิมประกอบอาชีพรับจ้างเป็นลูกจ้างประจำเกี่ยวกับด้านการเงิน จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 ปัจจุบันสมรสและมีบุตรด้วยกัน 2 คน ผู้ดูแล เป็นสามีของผู้ป่วย อายุ 73 ปี เดิมประกอบอาชีพเป็นลูกจ้างประกอบศูนย์รถยนต์ จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ และมักทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกอยู่ภายในที่พักอาศัย เช่น ทำหนังสือหรือซีดีธรรมะสำหรับแจกประชาชนทั่วไป เป็นต้น ส่วนค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตประจำวันจะมาจากบุตรของตน

ระยะเวลาที่มีอาการป่วย 6 ปี โรคประจำตัว ไชมันสูง, เส้นเลือดในสมองตีบ

ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วย ต้องพึ่งพาบ้าง (ค่าคะแนน ADL 2-6)

พฤติกรรมและอาการของโรค ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมหลงๆ ลืม จำทางเดินหรือเส้นทางกลับบ้านไม่ได้ ทั้งที่เคยเดินทางอยู่เป็นประจำ และมักหลงลืมสิ่งของของตนที่ใช้เป็นประจำอยู่ภายในบ้าน นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมชอบซุกซนสิ่งของ สะสมสิ่งของ และมักจะลืมไปว่านำไว้ที่ใดอยู่เป็นประจำ



แผนผังที่ 4.3 แสดงผังบริเวณที่อยู่อาศัยของกรณีศึกษาที่ 3

การป้องกันและการรักษา รักษาโดยการเข้ารักษา และส่งเสริมทางด้านโภชนาการ โดยผู้ดูแลจะให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ได้แก่ น้ำพริกปลาทุ , ก๋วยเตี๋ยวหมู , แดงกวา , เงาะ , ทุเรียน, มันเชื่อมและน้ำเต้าหู้ งดเว้นอาหารที่มีไขมันสูง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมงานอดิเรก

สภาพสังคม เศรษฐกิจ ปัจจุบันผู้ป่วยพักอาศัยอยู่กับสามีและลูกของตน มักมีพฤติกรรมไม่ชอบเข้าสังคม โดยชอบเก็บตัวอยู่ภายในห้องนอนของตน ในส่วนทางผู้ดูแลจะชอบทำงานอดิเรก เช่น เล่นอินเทอร์เน็ต ทำสิ่งของถวายพระ เป็นต้น ด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยจะมาจากบุตรของผู้ป่วยเอง เฉลี่ยประมาณ 10,000 -15,000 บาท

สภาพการอยู่อาศัย ปัจจุบันผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามีและลูกของตนเอง ลักษณะเป็นบ้านเดี่ยว 2 ชั้น บนเนื้อที่ประมาณ 80 ตารางวา โดยสภาพที่อยู่อาศัย ได้มีการต่อเติมบริเวณส่วนหน้าบ้าน โดยทำหลังคาคลุม และปูพื้นเป็นพื้นที่จอดรถ ผู้ป่วยมักจะใช้ชีวิตประจำวันโดยมักจะนอนพักผ่อนอยู่ชั้นบนเป็นส่วนใหญ่ ส่วนผู้ดูแลมักจะทำกิจกรรมงานอดิเรกของตนอยู่บริเวณชั้นล่าง ทั้งนี้ผู้ดูแลจะคอยสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยเพื่อคงกิจวัตรประจำวันให้เป็นไปตามปกติ

สวนภายนอก ประกอบด้วยสวนหน้าบ้าน และสวนหลังบ้าน ปัจจุบันสวนหน้าบ้านได้มีการต่อเติมพื้นที่จอดรถ ทำให้ผู้ดูแลใช้พื้นที่สวนหลังบ้านเป็นพื้นที่จัดสวนและทำงานอดิเรก ส่วนผู้ป่วยมักไม่ชอบออกมาใช้พื้นที่ภายในสวน สวนหลังบ้านมีขนาดความกว้าง 5.00 ม. ยาว 16.00 ม. พื้นที่ประมาณ 80 ตรว.



ภาพที่ 4.14 แสดงสวนภายนอกบริเวณด้านหน้า และด้านหลังที่อยู่อาศัย

ตารางที่ 4.4 แสดงกิจวัตรประจำวันของ กรณีศึกษาที่ 3 และผู้ดูแล

ช่วงเวลา	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	พื้นที่ใช้สอย
07.00 – 08.00 น.	ตื่นนอน , แปรงฟัน	อาบน้ำ แปรงฟัน	ห้องน้ำ
08.00 – 09.00 น.	รับประทานอาหารเช้า ไข่ต้ม 1 ฟอง , น้ำเต้าหู้ ขนมหังและคุกกี้	ดูแลผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหารเช้า
09.00 – 12.00 น.	นอนพักผ่อน	เล่นอินเทอร์เน็ต, สังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย	ห้องนอน
12.00 – 13.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน ได้แก่ ก๋วยเตี๋ยว	รับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหารเช้า
13.00 - 18.00 น.	นอนพักผ่อน ,ดูโทรทัศน์	ทำงานอดิเรกจัดสวน ,สังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย	ห้องนอน
18.00 – 19.00 น.	รับประทานอาหารเช้าเย็น	ทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหารเช้า
19.00 – 20.00 น.	สนทนากับคนในครอบครัว	อาบน้ำ แต่งตัว	ห้องน้ำ
20.00 – 07.00 น.	นอนพักผ่อน	นอนพักผ่อน ,ดูแลผู้ป่วย	ห้องนอน

ห้องนั่งเล่น อยู่บริเวณทางเข้าหลัก มีขนาดความกว้าง 4.00 เมตร ยาว 4.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 16.00 เมตร เชื่อมกับพื้นที่รับประทานอาหาร ผู้ป่วยมักชอบมานอนพักผ่อนอยู่ที่บริเวณห้องนั่งเล่นเป็นประจำ ส่วนผู้ดูแลจะประกอบกิจกรรมงานอดิเรกอยู่ในห้องทำงานที่เชื่อมกับห้องนั่งเล่นและสวนหลังบ้าน



ภาพที่ 4.15 แสดงห้องทำงานของผู้ดูแลที่เชื่อมกับสวนด้านหลังที่อยู่อาศัย

ห้องนอน ปัจจุบันผู้ป่วยนอนร่วมเตียงกับผู้ดูแลอยู่ชั้นบนของที่อยู่อาศัย ซึ่งมีห้องน้ำแยกออกมาจากห้องนอน บริเวณใกล้กับโถง บันไดทางลงชั้นล่าง โดยห้องนอนมีขนาดความกว้าง 4.00 เมตร ยาว 5.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 20.00 ตารางเมตร

ห้องน้ำ มีจำนวน 3 แห่งในที่อยู่อาศัย แบ่งเป็นชั้นบน 1 แห่ง และชั้นล่างจำนวน 2 แห่ง ผู้ป่วยมักใช้ห้องน้ำในชั้นบนสำหรับปัสสาวะในช่วงเวลากลางวัน และห้องน้ำในชั้นล่างสำหรับการอาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน โดยห้องน้ำ มีขนาดความกว้าง 1.50 เมตร ยาว 2.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 3.00 ตารางเมตร ใช้วัสดุปูพื้นไม่เรียบ และมีความแตกต่างของระดับพื้นภายในห้องน้ำ



ภาพที่ 4.16 แสดงห้องน้ำและการจัดวางสุขภัณฑ์ต่างๆ

ห้องครัว อยู่บริเวณด้านหลังเชื่อมกับด้านหลังบ้าน และพื้นที่รับประทานอาหาร ปัจจุบัน ผู้ป่วยไม่ได้เข้ามาใช้พื้นที่ครัว และผู้ดูแลไม่ได้ปรุงอาหารรับประทานเอง ส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะเป็นผู้ซื้อเข้ามารับประทานเองที่บ้าน โดยครัวมีขนาดความกว้าง 3.00 เมตร ยาว 4.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 12.00 ตารางเมตร



ภาพที่ 4.17 แสดงห้องครัวที่เป็นทางผ่านไปยังสวนภายนอกด้านหลังที่อยู่อาศัย

ทางเดินภายใน มีความกว้างประมาณ 0.70 -1.00 เมตร โดยพื้นที่ทางเดินภายในจะมีความต่างแคบและมีความต่างระดับกับทางเดิน ส่วนพื้นที่ทางเดินภายนอก จะมีลักษณะผิวไม่เรียบ และการกำหนดเส้นทางเดินไม่ชัดเจน



ภาพที่ 4.18 แสดงทางเดินในส่วนภายนอก และทางเดินภายในห้องน้ำ

พื้นที่รับประทานอาหาร อยู่เชื่อมกับห้องนั่งเล่นและพื้นที่ครัว มีขนาดความกว้าง 4.00 เมตร ยาว 4.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 16.00 ตารางเมตร จัดวางโต๊ะเก้าอี้ที่รองรับคนได้ 6- 8 คน โดยผู้ป่วยจะรับประทานอาหารร่วมกับผู้ดูแล

4) กรณีศึกษาที่ 4 อายุ 83 ปี

ที่อยู่ ถนนประชาชื่น เขตบางซื่อ

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วย เป็นเพศชาย อายุ 83 ปี มีบุตรด้วยกัน 3 คน บุตรคนแรก เป็นชาย ประกอบอาชีพเป็นนายแพทย์ ประจำอยู่ที่โรงพยาบาลเลิดสิน บุตรคนที่สองเป็นหญิง ประกอบอาชีพเป็นอาจารย์ประจำอยู่ที่โรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ และบุตรคนสุดท้ายต้องเป็นหญิง ประกอบธุรกิจส่วนตัว โดยหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะเป็นบุตรคนสุดท้ายต้อง และภรรยาของผู้ป่วย ส่วนผู้ดูแล เป็นภรรยาของผู้ป่วย อายุ 73 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ประกอบอาชีพแม่บ้าน

ระยะเวลาที่มีอาการป่วย 3 ปี, โรคประจำตัว โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง

ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วย ต้องพึ่งพาบ้าง (ค่าคะแนน ADL 2-6)

พฤติกรรมและอาการของผู้ป่วย ในช่วงระยะแรกผู้ป่วยเริ่มมีพฤติกรรมไม่ชอบทำความสะอาดร่างกายตนเอง มักใส่เสื้อผ้าซ้ำๆ ตังเดิม และมักชอบพูดเรื่องเดิมๆ ซ้ำๆ โดยเฉลี่ยประมาณ 15- 20 ครั้งต่อวัน เช่น ผู้ป่วยมักถามผู้ดูแลว่าตนเองทานข้าวแล้วหรือยัง โดยผู้ป่วยจะจำไม่ได้ว่าตนเองได้ทานข้าวไปแล้ว และมักจะถามซ้ำๆ ตลอดเวลา เป็นต้น ต่อมาผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมชอบชุกชอนสิ่งของ หวงแหวนทรัพย์สินมบัติ และมักลืมนำตนเองเก็บของไว้ที่ใด โดยมักจะคิดว่าผู้ดูแลเป็นคนเอาไปชอนไว้ ทำให้บางครั้งผู้ดูแลก็มีภาวะความเครียด กับพฤติกรรมดังกล่าวของผู้ป่วย

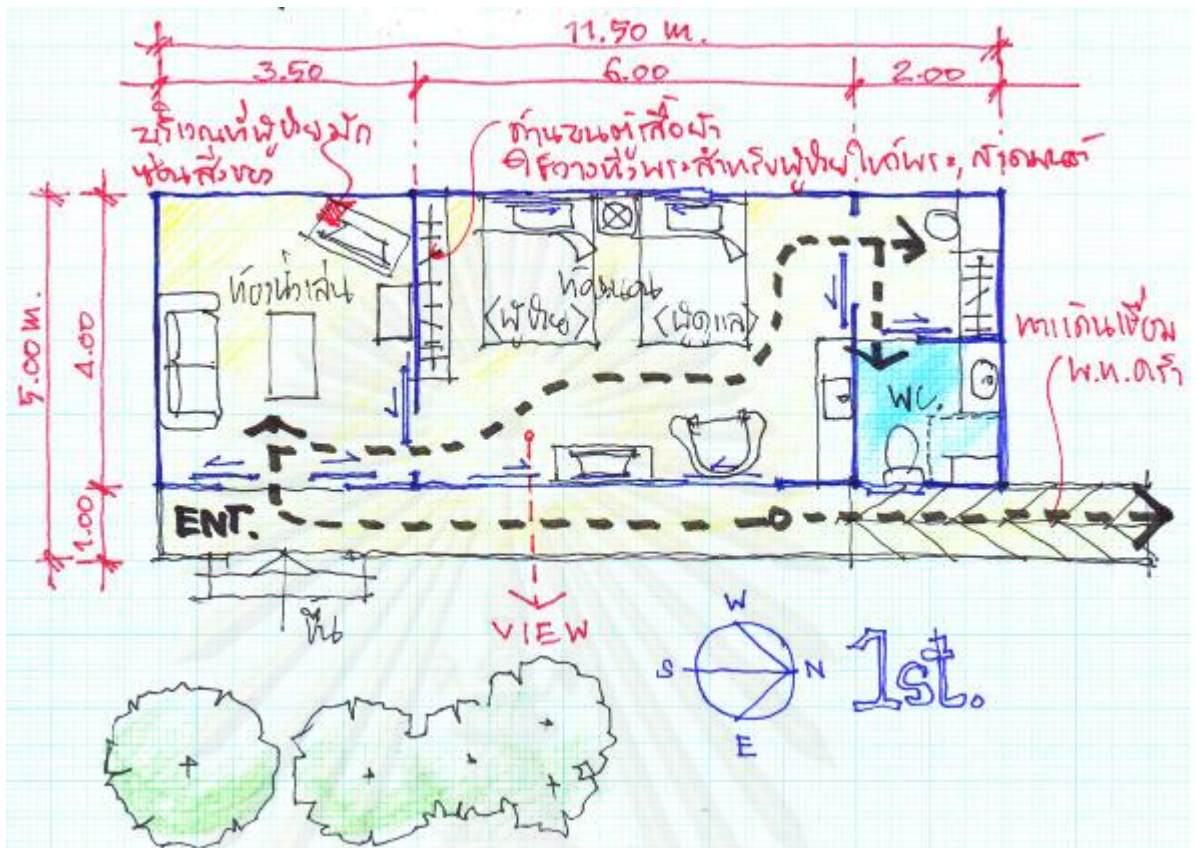
อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติและมักชอบการออกกำลังกายอยู่เป็นประจำ โดยผู้ป่วยมักจะวิ่งออกกำลังกายกับเพื่อนบ้านในทุกเช้าของแต่ละวัน และชอบชมรายการโทรทัศน์ที่เกี่ยวกับกีฬา โดยเฉพาะกีฬาเทนนิส และแบดมินตัน สำหรับ

ประเภทกีฬาที่ผู้ป่วยชื่นชอบ ได้แก่ การเดินแอโรบิค , การวิ่ง , การเดินเร็ว , ว่ายน้ำ , ขี่จักรยาน และแบดมินตัน โดยจะใช้เวลาในการออกกำลังกายประมาณ 1- 2 ชั่วโมง ของในแต่ละวัน

ตารางที่ 4.5 แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 4 และผู้ดูแล

ช่วงเวลา	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	พื้นที่ใช้สอย
03.00 – 05.00 น.	ตื่นนอน , มีพฤติกรรมกรเดิน ไปเดินมาโดยรอบบริเวณบ้าน	คอยสังเกตพฤติกรรม ผู้ป่วย	ห้องนอน
05.00 – 06.00 น.	ล้างหน้า , แปรงฟัน , แต่งตัว เตรียมไปออกกำลังกาย	จัดเสื้อผ้าให้กับผู้ป่วย	ห้องน้ำ
06.00 – 08.00 น.	ออกกำลังกายโดยไปวิ่งกับ เพื่อนบ้าน 4- 5 คน ที่ สวนสาธารณะ (สวนรถไฟ)	เตรียมอาหารเช้าให้กับ ผู้ป่วย	สวนภายนอก
08.00 - 09.00 น.	รับประทานอาหารเช้า	ทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหาร
09.00 – 10.00 น.	อาบน้ำ , อ่านหนังสือพิมพ์	เตรียมเสื้อผ้าให้กับผู้ป่วย	ห้องน้ำ
10.00 – 12 .00 น.	นั่งพักผ่อน , เดินเล่นในสวน	สังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย	ห้องนั่งเล่น
12.00 – 13.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน	ทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหาร
13.00-16.00 น.	นอนพักผ่อน , นั่งชมโทรทัศน์	อ่านหนังสือ , คอยสังเกต พฤติกรรมผู้ป่วย	ห้องนั่งเล่น
16.00 – 17.00 น.	รับประทานอาหารเย็น	ทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหาร
17.00 -18.00 น.	อาบน้ำ , ล้างหน้า , แปรงฟัน	เตรียมเสื้อผ้าให้กับผู้ป่วย	ห้องน้ำ
18.00 – 20.00 น.	นั่งดูโทรทัศน์ , สนทนากับคน ในครอบครัว	สังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย	ห้องนั่งเล่น
20.00 – 03.00 น.	ไหว้พระสวดมนต์,นอนพักผ่อน	นอนพักผ่อน	ห้องนอน

สภาพการอยู่อาศัย ปัจจุบันผู้ป่วยเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัยเอง ลักษณะเป็นบ้านเดี่ยวแยกหลัง จำนวนทั้งหมด 3 หลัง ในที่ดินเดียวกัน เนื้อที่ประมาณ 1 ไร่ โดยหลังแรกเป็นที่อยู่อาศัยเดิมของผู้ป่วย ประกอบด้วย ห้องรับแขก, ห้องรับประทานอาหาร พื้นที่ทำครัว และห้องนอน หลังที่สองเป็นที่อยู่อาศัยของบุตรสาวคนเล็ก เนื่องจากครอบครัวที่การขยายตัว และหลังสุดท้ายได้สร้างขึ้นเพื่อเป็นที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยและภรรยาโดยเฉพาะ เนื่องจากภรรยาของผู้ป่วย มักมีอาการปวดตามข้อและหัวเข่าอยู่เป็นประจำ ประกอบกับผู้ป่วยเริ่มมีอาการป่วยเป็นโรคสองเสื่อม จึงได้สร้างบ้านใหม่ในลักษณะเป็นบ้านชั้นเดียวเชื่อมกับบ้านหลังแรกของผู้ป่วย โดยพฤติกรรมกรอยู่อาศัยของผู้ป่วยในช่วงเวลากลางวันจะอยู่ที่บริเวณห้องนั่งเล่น และสวนภายนอกของบ้านหลังแรก ส่วนในช่วงเวลากลางคืนผู้ป่วยจะมาอาบน้ำและนอนพักผ่อนที่บ้านหลังใหม่เป็นประจำทุกวัน

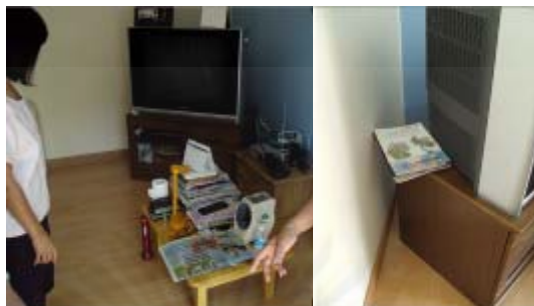


แผนผังที่ 4.4 แสดงผังบริเวณที่อยู่อาศัยของกรณีศึกษาที่ 4

การป้องกันและการรักษา รักษาโดยการให้ยารักษาตามอาการของโรค ได้แก่ โรคสมองเสื่อม , โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง คบคู่กับการส่งเสริมด้านโภชนาการ ได้แก่ อาหารประเภทข้าวผัดทะเล , ปลา , ผักคะน้า , ผักกาดขาว , ทุเรียน , เงาะมังคุด , นมจืด , น้ำผลไม้ และน้ำเต้าหู้ ทั้งนี้จะควบคุมปริมาณน้ำตาลตามที่แพทย์แนะนำ เพื่อป้องกันโรคเบาหวาน นอกจากนี้ผู้ดูแลยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกกำลังกายร่วมกับผู้อื่น เพื่อรักษาความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วย

สภาพสังคม เศรษฐกิจ ปัจจุบัน ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับภรรยาและบุตรหลาน รวมจำนวนสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด 10 คน โดยมีภรรยาและลูกสาวคนสุดท้องเป็นผู้ดูแลหลัก รายได้ครัวเรือนโดยเฉลี่ยมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน ส่วนรายจ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย อยู่ที่ประมาณ 10,000-15,000 บาทต่อเดือน ซึ่งเพียงพอในแต่ละเดือน รายได้ส่วนใหญ่มาจากการทำธุรกิจของผู้ป่วยในสมัยหนุ่มที่เป็นธุรกิจเกี่ยวกับการค้าที่ดินและอีกส่วนหนึ่งได้มาจากบุตรคนโต ที่เป็นแพทย์ประจำอยู่ที่โรงพยาบาลเลิศสิน ซึ่งคอยดูแลสุขภาพผู้ป่วยและภรรยาอยู่เป็นประจำ

ห้องนั่งเล่น มีขนาดความกว้าง 4.00 เมตร ยาว 4.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 16.00 เมตร อยู่ติดกับห้องนอนผู้ป่วย สามารถมองเห็นสวนภายนอกได้อย่างชัดเจน ผู้ป่วยมักชอบออกมานั่งอ่านหนังสือพิมพ์เป็นประจำทุกวันในห้องนี้ และมักมีพฤติกรรมชอบซุกซ่อนสิ่งของไว้ในพื้นที่ต่างๆ เช่น มักซ่อนหนังสือไว้ที่หลังโทรทัศน์ เป็นต้น



ภาพที่ 4.19 แสดงสิ่งของสะสมของผู้ป่วยบนโต๊ะรับแขก และหนังสือที่ผู้ป่วยมักชอบเก็บซ่อนไว้ตามที่ต่างๆ

สวนภายนอก เนื่องจากที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย มีเนื้อที่ประมาณ 1 ไร่ จึงทำให้ตัวบ้านมีบริเวณที่ใช้เป็นสวนโดยผู้ป่วยมักชอบมานั่งเล่นและทำกิจกรรมอยู่ภายในสวนเป็นประจำทุกวัน ได้แก่ กิจกรรมเลี้ยงนก , เลี้ยงปลา และจัดสวน

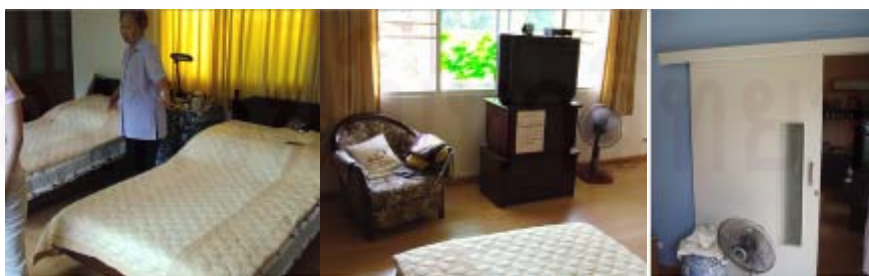


ภาพที่ 4.20 แสดงสวนภายนอกโดยรอบที่อยู่อาศัย



ภาพที่ 4.21 แสดงพื้นที่นั่งพักผ่อน และทำกิจกรรมของผู้ป่วย

ห้องนอน มีขนาดความกว้าง 4.00 เมตร ยาว 6.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 24.00 ตารางเมตร อยู่ระหว่างห้องนั่งเล่นกับห้องน้ำของผู้ป่วยประกอบด้วย เตียงนอน 2 เตียง ที่เป็นของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยห้องนอนสามารถมองเห็นวิวสวนภายนอกได้ชัดเจน และมีการตกแต่งห้องโดยการใช้สีโทนสว่าง และสีพื้นที่ตัดกันบริเวณประตูและผนังห้อง



ภาพที่ 4.22 แสดงเตียงนอนและเก้าอี้นั่งพักผ่อน และประตูที่ใช้สีตัดกับผนังห้อง

ห้องครัว ผู้ป่วยจะใช้พื้นที่รับประทาน
อาหารในที่อยู่อาศัยเดิม ซึ่งผู้ดูแลได้มีการ
ออกแบบทางเชื่อมและทางลาดสำหรับผู้ป่วย
โดยพื้นที่รับประทานอาหารมีขนาด ความกว้าง
4.00 เมตร ยาว 4.00 เมตร พื้นที่ประมาณ
16.00 ตารางเมตร



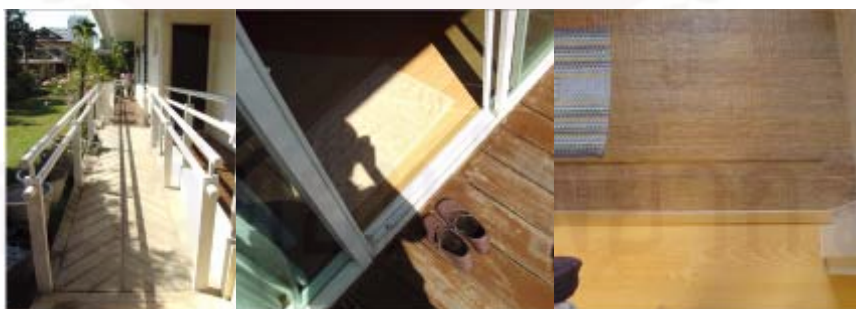
ภาพที่ 4.23 แสดงทางเดินเชื่อมระหว่างที่อยู่อาศัย
ผู้ป่วย และพื้นที่รับประทานอาหาร

ห้องน้ำ มีขนาดความกว้าง 2.00 เมตร ยาว 2.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 4.00 ตารางเมตร
ใช้วัสดุปูพื้นที่ไม่ลื่น และไม่มีความต่างระดับกันกับระดับพื้นภายนอก โดยภายในห้องน้ำมีการจัด
พื้นที่นั่งอาบน้ำเอ้าไว้สำหรับผู้ป่วย และติดตั้งราวจับเพื่อช่วยในการพยุงตัว



ภาพที่ 4.24 แสดงห้องน้ำที่แยกส่วนเปียก ส่วนแห้ง และที่นั่งอาบน้ำ

ทางเดินภายใน มีความกว้างประมาณ 1.00 – 1.20 เมตร ใช้วัสดุปูพื้นที่ไม่เรียบและไม่
มีความต่างระดับกัน จึงทำให้ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเดินหรือการใช้เก้าอี้รถเข็นเคลื่อนผ่าน



ภาพที่ 4.25 แสดงทางลาด และระดับพื้นที่ยื่นเสมอกันภายในที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย

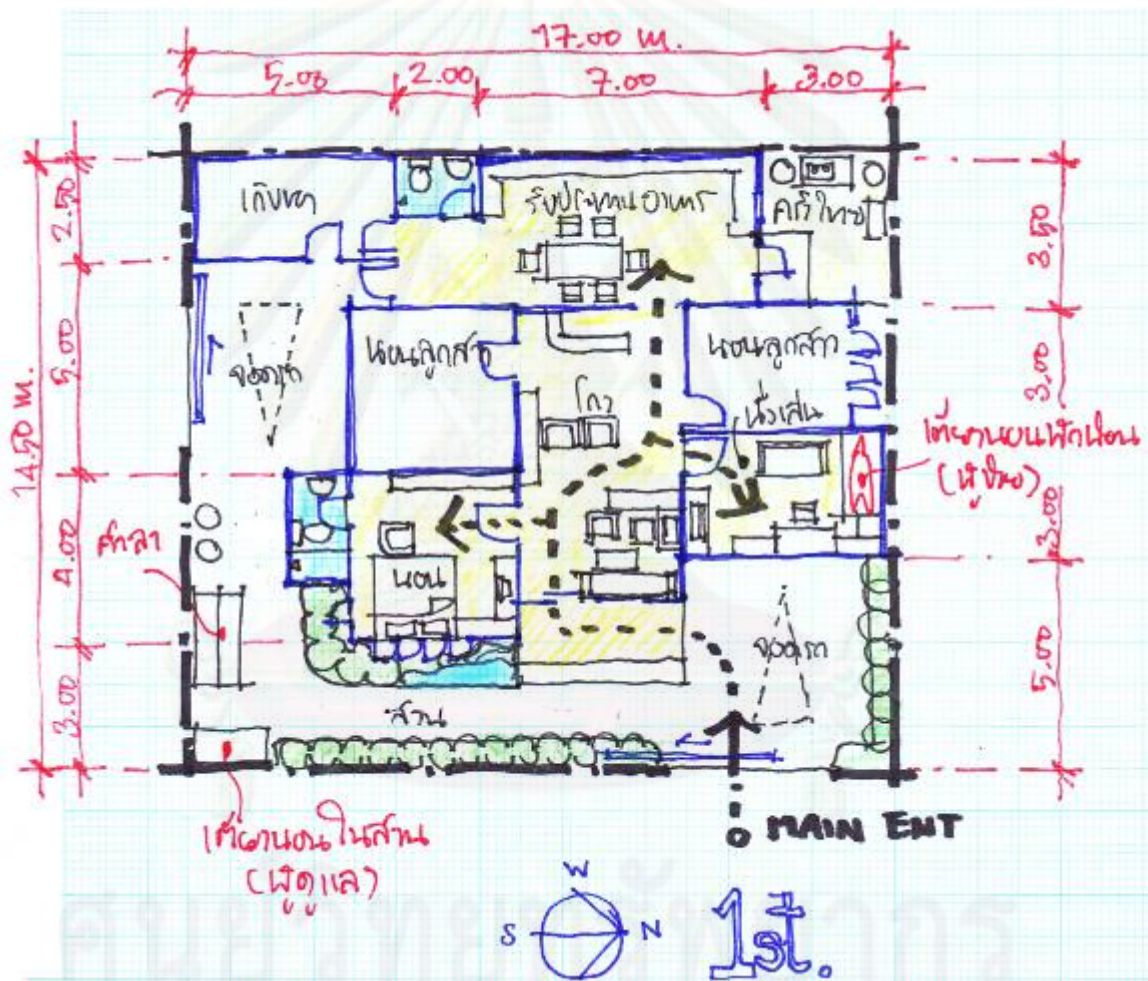
5) กรณีศึกษาที่ 5 อายุ 81 ปี

ที่อยู่ ถนนโชคชัย 4 เขตลาดพร้าว

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วย เป็นเพศหญิง อายุ 81 ปี จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า มีบุตรด้วยกัน 2 คน เดิมประกอบอาชีพรับราชการครู ปัจจุบันเกษียณอายุและมีรายได้จากเงินบำนาญ ส่วนผู้ดูแล เป็นสามีของผู้ป่วย อายุ 81 ปี จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี เดิมประกอบอาชีพรับราชการเป็นเจ้าหน้าที่อยู่ในศาลปกครอง ปัจจุบันเกษียณอายุ และมีรายได้จากเงินบำนาญ จำนวนสมาชิกในครอบครัวมีจำนวนทั้งสิ้น 6 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วย, ผู้ดูแล, ลูกสาว 2 คน , ลูกชาย และหลานชาย

ระยะเวลาที่มีอาการป่วย 4 ปี, โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง

ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วย ต้องพึ่งพาบ้าง (ค่าคะแนน ADL 2/6)



แผนผังที่ 4.5 แสดงผังบริเวณที่อยู่อาศัยของกรณีศึกษาที่ 5

พฤติกรรมและอาการของโรค ผู้ป่วยจะมีอาการหลง ๆ ลืม ในเรื่องต่อไปนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยมักจะลืมนวตางสิ่งของไว้ที่ใด มักจำไม่ได้ว่ารับประทานอาหารไปแล้วหรือยัง และลืมนวตางได้กระทำการใดไปแล้ว นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีอาการทางประสาทร่วมด้วย เช่น มีอาการหูแว่ว มักได้ยินเสียงเพลงดนตรีไทย เป็นต้น

การป้องกันและการรักษา ใช้ยารักษาตามอาการของโรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคสมองเสื่อม ควบคุมการส่งเสริมให้กับผู้ป่วยมีการออกกำลังกาย โดยผู้ป่วยจะใช้ออกกำลังกายด้วยการเดิน แถวแกว่งทุกวัน ประมาณ 30 นาที ต่อวัน รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมงานอดิเรก โดยผู้ดูแลมักจะพาผู้ป่วยออกไปเดินเล่นตาม สวนสาธารณะเพื่อเป็นกิจกรรมกระตุ้นความจำให้กับผู้ป่วย

ตารางที่ 4.6 แสดงกิจวัตรประจำวันของ กรณีศึกษาที่ 5 และผู้ดูแล

ช่วงเวลา	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	พื้นที่ใช้สอย
05.00 – 06.00 น.	ตื่นนอน , เดินออกกำลังกาย	อาบน้ำ ทำงานบ้าน	สวนภายนอก
06.00 – 07.00 น.	ล้างหน้าแปรงฟัน รับประทานกาแฟ อ่านหนังสือพิมพ์	ล้างหน้า แปรงฟัน เดินเล่นในสวน	ห้องน้ำ
07.00 – 08.00 น.	รับประทานอาหารเช้า	ทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหาร
08.00 – 10.00 น.	อาบน้ำ นอนพักผ่อน	อาบน้ำ อ่านหนังสือพิมพ์ในห้องนั่งเล่น	ห้องน้ำ
10.00 – 12.00 น.	ดูโทรทัศน์	ดูโทรทัศน์สนทนากับผู้ป่วย	ห้องนั่งเล่น
12.00 – 13.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน	ทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหาร
13.00 -16.00 น.	นอนพักผ่อน อ่านหนังสือ	นอนพักผ่อนในสวนหลังบ้าน เดินเล่น	ห้องนั่งเล่น
16.00 – 17.00 น.	เดินออกกำลังกายหน้าบ้าน	เดินออกกำลังกายกับผู้ป่วย ปั่นจักรยาน	สวนภายนอก
17.00 – 18.00 น.	รับประทานอาหารเช้าเย็น อาบน้ำ	รับประทานอาหารเช้าร่วมกับผู้ป่วย อาบน้ำ	พื้นที่รับประทานอาหาร
18.00 – 20.00 น.	ดูโทรทัศน์ในห้องนอน	ดูโทรทัศน์สนทนากับผู้ป่วย	ห้องนอน
20.00 – 05.00 น.	นอนพักผ่อน	นอนพักผ่อน	ห้องนอน

สภาพสังคม เศรษฐกิจ ปัจจุบันผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามีและญาติของตนโดยผู้ป่วยเป็นคนอัยาศัยดี และชอบการเข้าสังคม รายได้ส่วนใหญ่มาจากเงินบำนาญของตนและสามี ประมาณ 20,000 – 40,000 บาทต่อเดือน ส่วนค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาจะอยู่ที่ประมาณ 10,000 -15,000 บาท ต่อเดือน โดยสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้

สภาพการอยู่อาศัย ลักษณะที่อยู่อาศัยปัจจุบัน ผู้ป่วยเป็นเจ้าของบ้านเอง อาศัยอยู่มาได้ 24 ปี มีรูปแบบที่อยู่อาศัยเป็นบ้านเดี่ยวชั้นเดียว บนเนื้อที่ประมาณ 75 ตารางวา มีพื้นที่ใช้สอยรวมประมาณ 250 ตารางเมตร ประกอบด้วย ห้องนั่งเล่น ห้องรับแขก ห้องนอน จำนวน 3 ห้อง พื้นที่รับประทานอาหาร คริวไทย และพื้นที่สวนภายนอก ผู้ป่วยและผู้ดูแล มักชอบออกมาพักผ่อน อยู่บริเวณห้องนั่งเล่นเป็นประจำ เพราะเป็นพื้นที่กว้างมีผนังกระจกที่สามารถมองเห็นวิว

ภายนอกได้โดยรอบ โดยในแต่ละวันผู้ป่วยจะชอบนั่งอ่านหนังสืออยู่ภายในห้อง ส่วนผู้ดูแล จะชอบเดินเล่นอยู่ภายในสวนรอบๆ ที่อยู่อาศัย

สวนภายนอก อยู่บริเวณ โนรอบที่อยู่อาศัย เนื่องจากผู้ดูแลเป็นคนชอบจัดสวนและปลูกต้นไม้ ทำให้พื้นที่ว่างสวนใหญ่ภายในบ้าน ถูกใช้เป็นที่จัดสวน ซึ่งสวนใหญ่จะปลูกไทรร่มรื่น นอกจากนี้ผู้ดูแลยังชอบออกมานั่งเล่นและนอนพักผ่อนที่บริเวณนี้



ภาพที่ 4.26 แสดงการจัดสวนภายนอกบริเวณที่ว่างร่มรื่น และเตียงนอนภายในสวน

ห้องนั่งเล่น ปัจจุบันได้มีการต่อเติมห้องนั่งเล่นในพื้นที่จอดรถสำหรับให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้ามาใช้งาน เนื่องจากพื้นที่เดิมมีขนาดเล็ก คับแคบ เกินไปสำหรับการใช้งาน โดยกิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการนั่งอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ และนอนพักผ่อนในช่วงเวลากลางวันของแต่ละวัน



ภาพที่ 4.27 แสดงห้องนั่งเล่นที่มีการต่อเติมภายหลัง และห้องนั่งเล่นเดิม

ห้องนอน มีขนาดความกว้าง 4.50 เมตร ยาว 5.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 22.50 ตารางเมตร มีห้องน้ำอยู่ภายในห้องนอน ปัจจุบันผู้ป่วยนอนร่วมเตียงกับผู้ดูแล โดยภายในมีชั้นวางโทรทัศน์ สำหรับชมข่าว และรายการโทรทัศน์ในช่วงเวลากลางคืนก่อนนอน



ภาพที่ 4.28 แสดงเตียงนอนของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ห้องครัว ประกอบด้วยพื้นที่เตรียมอาหารและครัวไทย อยู่ใกล้กับพื้นที่รับประทานอาหาร มีขนาดความกว้าง 3.00 เมตร ยาว 3.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 9.00 ตารางเมตร ซึ่งโดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะซื้ออาหารเข้ามารับประทานเอง จึงทำให้ไม่ได้ใช้พื้นที่ครัว อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังสามารถปรุงอาหารรับประทานเองได้ตามปกติ



ภาพที่ 4.29 แสดงพื้นที่เตรียมอาหาร และครัวไทย

ห้องน้ำ มีขนาดความกว้าง 1.20 เมตร ยาว 2.50 เมตร พื้นที่ประมาณ 3.00 ตารางเมตร ภายในติดตั้งราวจับ และพัดลมดูดอากาศ ตำแหน่งห้องน้ำจะอยู่ภายในห้องนอนของผู้ป่วย



ภาพที่ 4.30 แสดงห้องน้ำที่ติดตั้งราวจับในภายหลัง

พื้นที่รับประทานอาหาร อยู่ติดกับพื้นที่เตรียมอาหาร โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลจะมารับประทานอาหารร่วมกัน บางครั้งก็จะปรุงอาหารรับประทานกันเอง เช่น ผัดผัก ของทอด เป็นต้น พื้นที่รับประทานอาหารมีขนาดกว้าง 4.00 เมตร ยาว 6.00 เมตร พื้นที่ 24.00 ตรม.



ภาพที่ 4.31 แสดงโต๊ะเก้าอี้รับประทานอาหาร

ทางเดินภายใน มีความกว้างประมาณ 0.70 -1.10 เมตร โดยพื้นทางเดินภายในจะมีความต่างระดับกันอยู่ที่ประมาณ 5 - 10 ซม. มีการจัดวางเฟอร์นิเจอร์เป็นอุปสรรคขวางทางเดิน

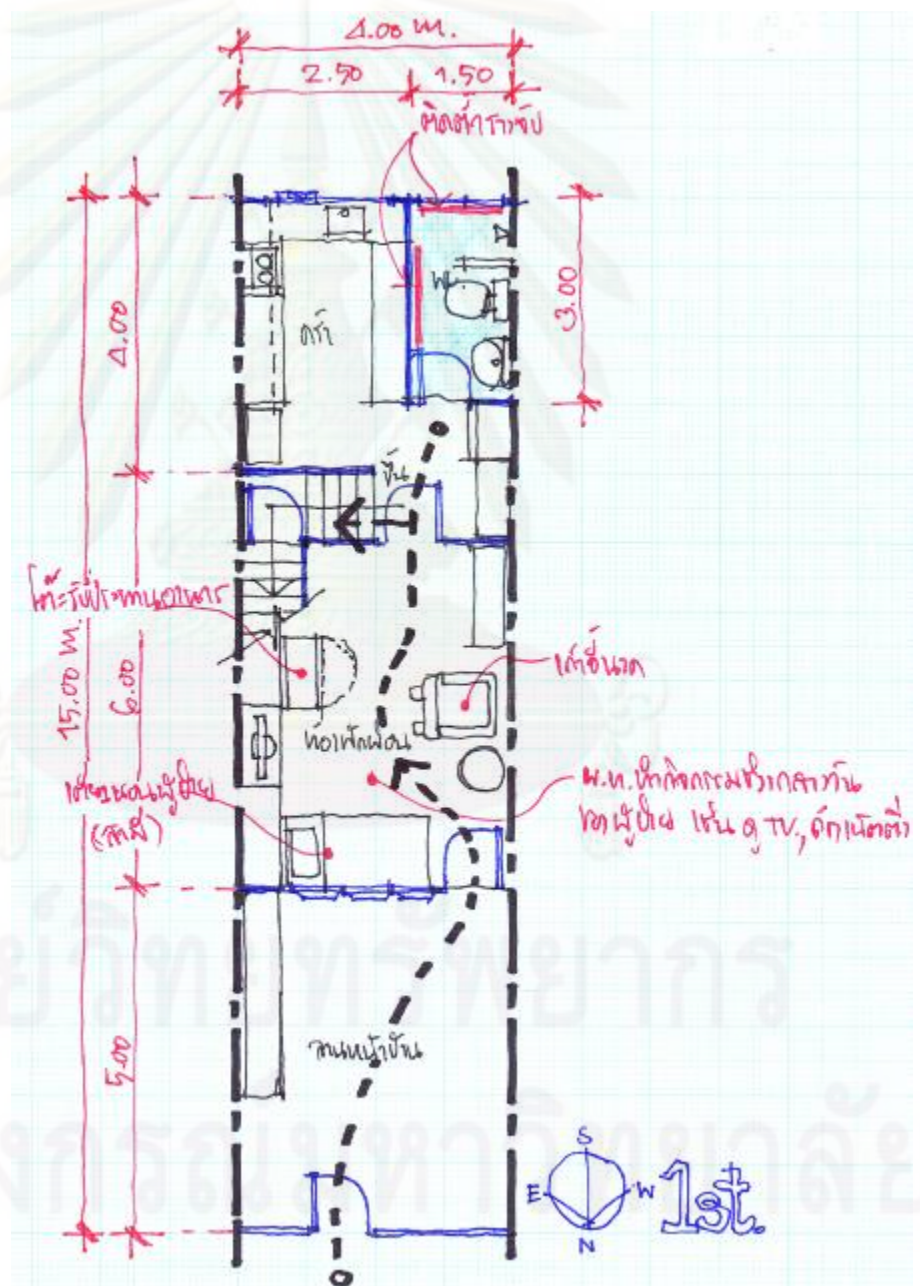


ภาพที่ 4.32 แสดงทางเดินภายในและภายนอก

6) กรณีศึกษาที่ 16 อายุ 74 ปี

ที่อยู่ ถนนอิสรภาพ เขตบางกอกใหญ่

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วย เป็นเพศหญิง อายุ 77 ปี มีบุตรจำนวน 6 คน เดิมประกอบอาชีพเป็นแม่บ้าน จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ปัจจุบันอาศัยอยู่กับสามี และบุตร โดยมีบุตรสาว (คนที่ 6) เป็นผู้ดูแลหลัก ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ เพราะต้องลาออกมาดูแลพ่อและแม่ เดิมประกอบอาชีพรับราชการครู จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี สมรสแล้วและมีบุตรด้วยกัน 2 คน
ระยะเวลาที่มีอาการป่วย 3 ปี, โรคประจำตัว โรคหอบหืด



แผนผังที่ 4.6 แสดงผังบริเวณที่อยู่อาศัยของกรณีศึกษาที่ 16

ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วย ต้องพึ่งพาบาง (ค่าคะแนน ADL = 2/6)

พฤติกรรมและอาการของโรค ปัจจุบันผู้ป่วยจะมีอาการหลงๆ ลืมๆ จำวัน เวลา และสถานที่ไม่ได้ บางครั้งผู้ป่วยจะเห็นภาพหลอน และมีพฤติกรรมชอบเดินไปเดินมาในช่วงเวลา กลางคืน อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตนเองและประกอบกิจวัตรประจำวันได้

การป้องกันและการรักษา รักษาโดยการให้ยารักษาตามที่แพทย์แนะนำ ได้แก่ ยารักษา หืดหอบ และส่งเสริมด้านโภชนาการ วิตามินบี, วิตามินอี,สังกะสี นม และอาหารที่มีโปรตีนสูง

สภาพสังคม เศรษฐกิจ ปัจจุบันผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามีที่ป่วยเป็นโรคเลือดในสมองตีบ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ลูกสาวของผู้ป่วย ต้องลาออกจากการงานทันที เพื่อมาดูแลพ่อแม่ โดยค่าใช้จ่ายในการดูแลส่วนใหญ่จะมาจากญาติของผู้ป่วยเอง ส่วนค่ารักษาพยาบาลสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ โดยเฉลี่ยประมาณ 20,000 บาทต่อเดือน

สภาพการอยู่อาศัย สภาพการอยู่อาศัยในปัจจุบัน สามีของผู้ป่วยเป็นเจ้าของเอง โดยอยู่อาศัยมาแล้ว 15 ปี เป็นทาวเฮาส์ 2 ชั้น พื้นที่ใช้สอยประมาณ 120 ตารางเมตร จำนวนสมาชิกในครอบครัว ทั้งหมด 8 คน ได้แก่ ผู้ป่วย ,สามีผู้ป่วย, ลูกสาวคนโต ,ลูกสาวคนเล็ก ,ลูกชาย, ลูกจ้างประจำ และหลานอีก 2 คน การตกแต่งใช้เฟอร์นิเจอร์ลักษณะเป็นแบบพับเก็บได้

ตารางที่ 4.7 แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 16 และผู้ดูแล

ช่วงเวลา	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	พื้นที่ใช้สอย
05.00 - 06.00 น.	ตื่นนอน	เตรียมอาหารเช้าให้ผู้ป่วย	ห้องนอน
06.00 - 07.00 น.	อาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัว	คอยดูแลผู้ป่วย	ห้องน้ำ
07.00 - 08.00 น.	รับประทานอาหารเช้า	ทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหารเช้า
08.00 - 12.00 น.	นั่งถักนิตติ้ง , ดูโทรทัศน์,เดิน ออกกำลังกายในบ้าน	คอยดูแลและสังเกต พฤติกรรมผู้ป่วย	ห้องนั่งเล่น
12.00 - 13.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน	รับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหารเช้า
13.00 - 14.00 น.	นั่งถักนิตติ้ง , ดูโทรทัศน์	คอยดูแลและสังเกต พฤติกรรมผู้ป่วย	ห้องนั่งเล่น
14.00 - 15.00 น.	รับประทานอาหารเช้าเสริม (นม)	คอยดูแลผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหารเช้า
15.00 - 16.00 น.	เดินออกกำลังกายหน้าบ้าน		พื้นที่ว่างภายนอก
16.00 - 17.00 น.	อาบน้ำ ,แต่งตัว		ห้องน้ำ
17.00 - 18.00 น.	รับประทานอาหารเช้าเย็น	ทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหารเช้า
19.00 - 21.00 น.	ดูโทรทัศน์นั่งสนทนากับหลานๆ	คอยดูแลผู้ป่วย	ห้องนั่งเล่น
21.00 - 05.00 น.	นอนพักผ่อน	นอนพักผ่อน คอยดูแล ผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ	ห้องนอน

สวนภายนอก มีขนาดความกว้าง 4.00 เมตร ยาว 5.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 20.00 ตารางเมตร อยู่บนชั้น 2 เหนือพื้นที่จอดรถ ปัจจุบันใช้เป็นพื้นที่พักผ่อนและตากผ้า



ภาพที่ 4.33 แสดงสวนภายนอกชั้นบน และพื้นที่จอดรถ

ห้องนั่งเล่น มีขนาดความกว้าง 4.00 เมตร ยาว 5.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 20.00 ตารางเมตร ใช้วัสดุพื้นประเภทไม้ และมีการจัดวางเฟอร์นิเจอร์ต่างๆ ประกอบด้วย เติียงนอนเก้าอี้หวดเพื่อสุขภาพ , เก้าอี้พักผ่อน , ชั้นวางโทรทัศน์ และโต๊ะประกอบอาหาร โดยผู้ป่วยมักจะนั่งทำกิจกรรม งานอดิเรก (ถักนิตติ้ง) อยู่ในบริเวณนี้



ภาพที่ 4.34 แสดงพื้นที่พักผ่อนที่ใช้ทำกิจกรรมต่างๆ

ห้องครัว มีขนาดความกว้าง 2.50 เมตร ยาว 3.50 เมตร พื้นที่ประมาณ 8.75 ตารางเมตร อยู่บริเวณด้านหลังของที่อยู่อาศัย ปัจจุบันผู้ดูแลจะซื้ออาหารเข้ามารับประทาน ประกอบกับผู้ป่วยเป็นคนไม่ชอบทำอาหาร พื้นที่ภายในห้องครัว จึงไม่ค่อยมีผู้มาใช้งาน



ภาพที่ 4.35 แสดงพื้นที่ครัวบริเวณด้านหลัง

ห้องน้ำ มีขนาดความกว้าง 1.50 เมตร ยาว 3.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 4.50 ตารางเมตร อยู่บริเวณด้านหลังของที่อยู่อาศัยใกล้กับตำแหน่งของห้องครัว ปัจจุบันมีการติดตั้งราวจับเพื่อเพิ่มความปลอดภัยป้องกันการเดินหกล้มให้กับผู้ป่วย



ภาพที่ 4.36 แสดงห้องน้ำที่ติดตั้งราวจับสำหรับผู้ป่วย

ห้องรับประทานอาหาร ใช้ร่วมกับ
ห้องนั่งเล่น โดยโต๊ะรับประทานอาหารแบบพับ
เก็บได้



ภาพที่ 4.37 แสดงโต๊ะรับประทานอาหารของผู้ป่วย
แบบพับเก็บได้ ไม่เปลืองพื้นที่

ทางเดินภายใน มีความ
กว้าง 0.80 -1.00 เมตร โดยพื้นที่
ภายในบ้านมีความต่างระดับกัน
ประมาณ 3 - 4 เซนติเมตร



ภาพที่ 4.38 แสดงทางเดินเชื่อมภายใน และบันไดขึ้นชั้นบน

กล่าวโดยสรุป ผลการเก็บข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะต้องพึ่งพาบ้าง (ค่าคะแนน ADL อยู่ในช่วง 2-4 /6) มีระดับความจำอยู่ในระดับต้นๆ (ค่า GDS อยู่ในช่วง 2-3 /7) ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมของโรคสมองเสื่อมในระยะแรก ได้แก่ การหลงลืมวัน เวลา และสถานที่ที่คุ้นเคย, ซบเซาถึงเรื่องเก่าๆในสมัยอดีตของตนเองอยู่เป็นประจำ, ลืมเหตุการณ์หรือสิ่งที่ตนเพิ่งกระทำไป และมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการประกอบกิจวัตรประจำวันที่เปลี่ยนไป เช่น การแต่งตัว การนอน เป็นต้น

ด้านสภาพสังคม เศรษฐกิจ ผู้ป่วยยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางสังคมได้เป็นปกติ และมักไม่ยอมรับว่าตนเองมีอาการป่วย ส่วนผู้ดูแลจะต้องลาออกจากงานทันทีเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการของโรคสมองเสื่อม ส่วนค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยจะมีรายได้ส่วนใหญ่มาจากบุตร เงินบำนาญและทรัพย์สินส่วนตัวผู้ป่วยเอง โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยแต่ละเดือนประมาณ 10,000 - 15,000 บาทต่อเดือน

ด้านสภาพการอยู่อาศัย ผู้ป่วยจะพักอาศัยอยู่ในที่อยู่อาศัยเดิม และอาศัยอยู่กับสามี ภรรยาหรือบุตรของตน โดยผู้ป่วยในระยะนี้ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติ แต่จะมีเฉพาะเรื่องการแต่งตัว ช่วงเวลาในการรับประทานอาหารและการรับประทานยารักษา ที่ต้องให้ผู้ดูแลคอยช่วยเหลือ ในส่วนสภาพแวดล้อมทางกายภาพในที่อยู่อาศัย ผู้ดูแลไม่ได้มีการวางแผนหรือจัดเตรียมสภาพแวดล้อมให้กับผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่มีอาการหรือพฤติกรรมของโรคและยังสามารถประกอบกิจวัตรได้ตามปกติ

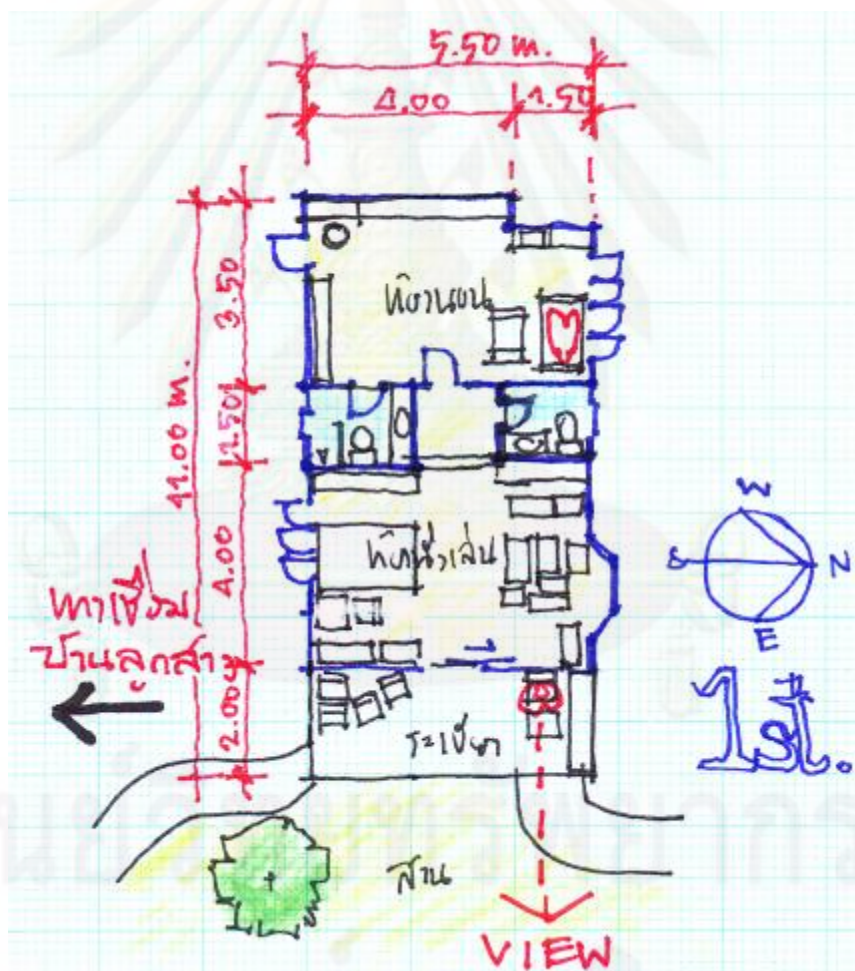
4.3.2 กลุ่มระยะกลาง

ได้แก่ กรณีศึกษาที่ 6, กรณีศึกษาที่ 7, กรณีศึกษาที่ 8, กรณีศึกษาที่ 9, กรณีศึกษาที่ 10, กรณีศึกษาที่ 17 และกรณีศึกษาที่ 18

1) กรณีศึกษาที่ 6 อายุ 87 ปี

ที่อยู่ ถนนประชาชื่น เขตบางซื่อ

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วย เป็นเพศหญิง อายุ 87 ปี มีบุตรด้วยกัน 2 คน จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา เดิมประกอบอาชีพรับราชการ ปัจจุบันเกษียณอายุ มีรายได้จากเงินบำนาญ และลูกๆ คอยดูแลให้ความช่วยเหลือ ผู้ดูแล เป็นลูกสาวของผู้ป่วย อายุ 57 ปี จบการศึกษาในระดับปริญญาโท ประกอบอาชีพพนักงานในมหาวิทยาลัยของรัฐ มีรายได้มากกว่า 40,000 บาทต่อเดือน



แผนผังที่ 4.7 แสดงผังบริเวณที่อยู่อาศัยของกรณีศึกษาที่ 6

ระยะเวลาที่มีอาการป่วย 4 ปี, โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, โรคภัย รอยดมี Cyst, ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วย ต้องพึ่งพบบ้าง (ค่าคะแนน ADL 3/6)

พฤติกรรมและอาการของโรค ผู้ป่วยจะมีอาการเกี่ยวกับปัญหาในด้านการสื่อสาร โดยสนทนาไม่เข้าใจและชอบพูดซ้ำๆ ในเรื่องเดิมๆ เช่น ชอบเล่าเรื่องเหตุการณ์เกี่ยวกับเพื่อนบ้านและกลัวว่าเพื่อนบ้านจะมาทำร้ายตน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมชอบซุกซอนสิ่งของ สะสมสิ่งของและชอบทำของหายอยู่เป็นประจำ

การป้องกันและการรักษา การใช้ยารักษาตามอาการของโรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคภัยร่อยดต์ ส่งเสริมการออกกำลังกาย บริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ ตารางที่ 4.8 แสดงกิจวัตรประจำวันของ กรณีศึกษาที่ 6 และผู้ดูแล

ช่วงเวลา	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	พื้นที่ใช้สอย
06.00 – 07.00 น.	ตื่นนอน	แต่งตัวให้ผู้ป่วย	ห้องนอน
07.00 – 08.00 น.	อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน	ดูแลผู้ป่วย	ห้องน้ำ
08.00 – 09.00 น.	รับประทานอาหารเช้า	รับประทานอาหารเช้า ร่วมกับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหารเช้า
09.00 – 12.00 น.	อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ (ชอบรายการข่าว)	คอยสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหารเช้า
12.00 – 13.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน	รับประทานอาหารเช้า ร่วมกับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหารเช้า
13.00 – 15.00 น.	ดูโทรทัศน์ นั่งหลับในห้องนั่งเล่น	คอยดูแลและสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหารเช้า
15.00 – 17.00 น.	นั่งเล่นดูสุนัขที่วิ่งไปวิ่งมาอยู่ในสวน, ผู้ดูแลกวาดลานบ้าน		สวนภายนอก
17.00 -18.00 น.	ออกกำลังกายโดยการนั่งบริหารแขน ขา		สวนภายนอก
18.00 – 19.00 น.	รับประทานอาหารเช้าเย็น	รับประทานอาหารเช้า ร่วมกับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหารเช้า
19.00 - 21.00 น.	อาบน้ำ แปรงฟัน		ห้องน้ำ
21.00 - 06.00 น.	นอนพักผ่อนโดยจะลุกเข้าห้องน้ำประมาณ 2 - 3 ครั้งรวมถึงมีอาการหวาดระแวงร่วมด้วย	ดูแลผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ	ห้องนอน

สภาพสังคม เศรษฐกิจ ปัจจุบันผู้ป่วยพักอาศัยอยู่กับผู้ดูแล โดยผู้ป่วยเริ่มมีพฤติกรรมชอบเก็บตัว แต่ยังสามารภมีความสัมพันธ์ทางสังคมได้ รายได้ส่วนใหญ่จะมาจากเงินบำนาญและลูกหลานเป็นผู้ดูแล ส่วนค่าใช้จ่ายในการดูแลโดยเฉลี่ยประมาณ 20,000 บาทต่อเดือน แบ่งเป็นค่าใช้จ่ายทั่วไป ได้แก่ อาหารและของใช้ 10,000 บาท และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 10,000 บาท

สภาพการอยู่อาศัย ปัจจุบันผู้ป่วยเป็นเจ้าของ อาศัยอยู่มาได้ 24 ปี ลักษณะเป็นบ้านชั้นเดียว ปลูกสร้างแยกหลังแต่อยู่ในที่ดินเดียวกัน ผู้ป่วยจะมาใช้งานในบ้านอีกหลังหนึ่ง สำหรับพฤติกรรมการอยู่อาศัยของผู้ป่วยนั้น ช่วงเช้าผู้ป่วยจะประกอบกิจวัตรประจำวันและนั่งอ่านหนังสืออยู่ที่บ้านของตน ช่วงสายๆ ถึงช่วงบ่ายจะเข้ามานั่งอีกหลัง เพื่อรับประทานอาหารกลางวันและนอนพักผ่อน ส่วนในช่วงเย็นๆ ผู้ป่วยจะกลับมานั่งเล่นที่ระเบียงและชอบนั่งชมวิวยูเป็นประจำก่อนเข้านอนพักผ่อนในบ้าน

สวนภายนอก อยู่บริเวณหน้าที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย ลักษณะเป็นสวนแบบโล่งมีทางเดินแบบวนกลับมาที่เดิม โดยสวนมีขนาดความกว้าง 8.00 เมตร ยาว 15.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 120 ตารางเมตร ผู้ป่วยมักชอบออกมานั่งเล่นชมวิวยิวทัศน์อยู่เป็นประจำทุกวันในช่วงเย็น



ภาพที่ 4.39 แสดงสวนภายนอกบริเวณด้านหน้าที่อยู่อาศัย

ทางเดินภายใน มีความกว้างประมาณ 1.00 – 1.20 เมตร โดยทางเดินภายในบ้านจะมีความระดับกันในส่วนของทางเดินระหว่างห้องนั่งเล่นและห้องนอน รวมถึงทางเดินภายนอกบริเวณสวนหน้าบ้านและระเบียงภายนอกที่ผู้ป่วยชอบมานั่งพักผ่อน

ห้องนั่งเล่น มีขนาดความกว้าง 4.00 เมตร ยาว 5.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 20.00 ตารางเมตร อยู่เชื่อมกับระเบียงทางเข้าหน้าบ้านภายในประกอบด้วยเฟอร์นิเจอร์และสิ่งของสะสมของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะเข้ามาใช้พื้นที่ในห้องนั่งเล่น ในช่วงเช้าและเย็นของในแต่ละวัน



ภาพที่ 4.40 แสดงห้องนั่งเล่นภายใน และพื้นที่นั่งเล่นบริเวณระเบียง



ภาพที่ 4.41 แสดงสิ่งของเครื่องใช้ของผู้ป่วยที่จัดวางอยู่ตามพื้นที่ต่างๆ

ห้องนอน มีขนาดความกว้าง 5.00 เมตร ยาว 6.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 30.00 ตารางเมตร อยู่เชื่อมกับห้องนั่งเล่น มีห้องน้ำอยู่ในห้องนอน โดยภายในห้องนอนจะตกแต่งด้วยผ้าม่านและปิดด้วยกระดาษหนังสือพิมพ์ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการหวัดระแวง กลัวว่าจะมีคนมาทำร้าย



ภาพที่ 4.42 แสดงเตียงนอนผู้ป่วย, ชั้นวางโทรทัศน์ และโต๊ะเครื่องแป้ง



ภาพที่ 4.43 แสดงผนังห้องและช่องเปิดต่างๆ ที่ผู้ป่วยนำกระดาษหรือสิ่งของมาปิดไว้

ห้องครัวและพื้นที่รับประทานอาหาร ผู้ป่วยรับประทานอาหารอยู่ในข้างอีกหลัง ซึ่งเป็นบ้านของลูกสาวผู้ป่วย อยู่ห่างจากบ้านของผู้ป่วยประมาณ 10 -20 เมตร โดยผู้ป่วยจะเข้ามารับประทานอาหารมื้อกลางวัน และมื้อเย็น ส่วนมื้อเช้าผู้ดูแลจะเป็นคนนำอาหารมารับประทานที่บ้านของผู้ป่วย ได้แก่ อาหารประเภทนม , น้ำเต้าหู้, ขนมปัง และผลไม้

ห้องน้ำ อยู่ภายในห้องนอน มีขนาดความกว้าง 1.50 เมตร ยาว 2.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 3.00 ตารางเมตร โดยมีการแยกส่วนเปียกและส่วนแห้ง ประกอบด้วย เคาน์เตอร์อ่างล้างหน้า , โถสุขภัณฑ์ และพื้นที่ยืนอาบน้ำ



ภาพที่ 4.44 แสดงห้องน้ำที่แยกส่วนเปียก และส่วนแห้ง

2) กรณีศึกษาที่ 7 อายุ 83 ปี

ที่อยู่ ถนนลาดพร้าว ซอยลาดพร้าว 64 เขตวังทองหลาง

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วย เป็นเพศหญิง อายุ 83 ปี สมรสและมีบุตรด้วยกัน 4 คน ระดับการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษาอาชีพเดิมเป็นแม่บ้าน ปัจจุบันอาศัยอยู่กับลูกและญาติพี่น้อง รวมสมาชิกในบ้านจำนวน 10 คน ผู้ดูแลหลัก เป็นหลานสาวของผู้ป่วย อายุ 31 ปี ปัจจุบันสมรสแล้ว จบการศึกษาระดับปริญญาโท ประกอบอาชีพรับราชการ มีรายได้เฉลี่ยประมาณ 20,000 – 40,000 บาท ต่อเดือน

ระยะเวลาที่มีอาการป่วย 5 ปี, โรคประจำตัว โรคพาร์กินสัน, ไขมันในเลือดสูง

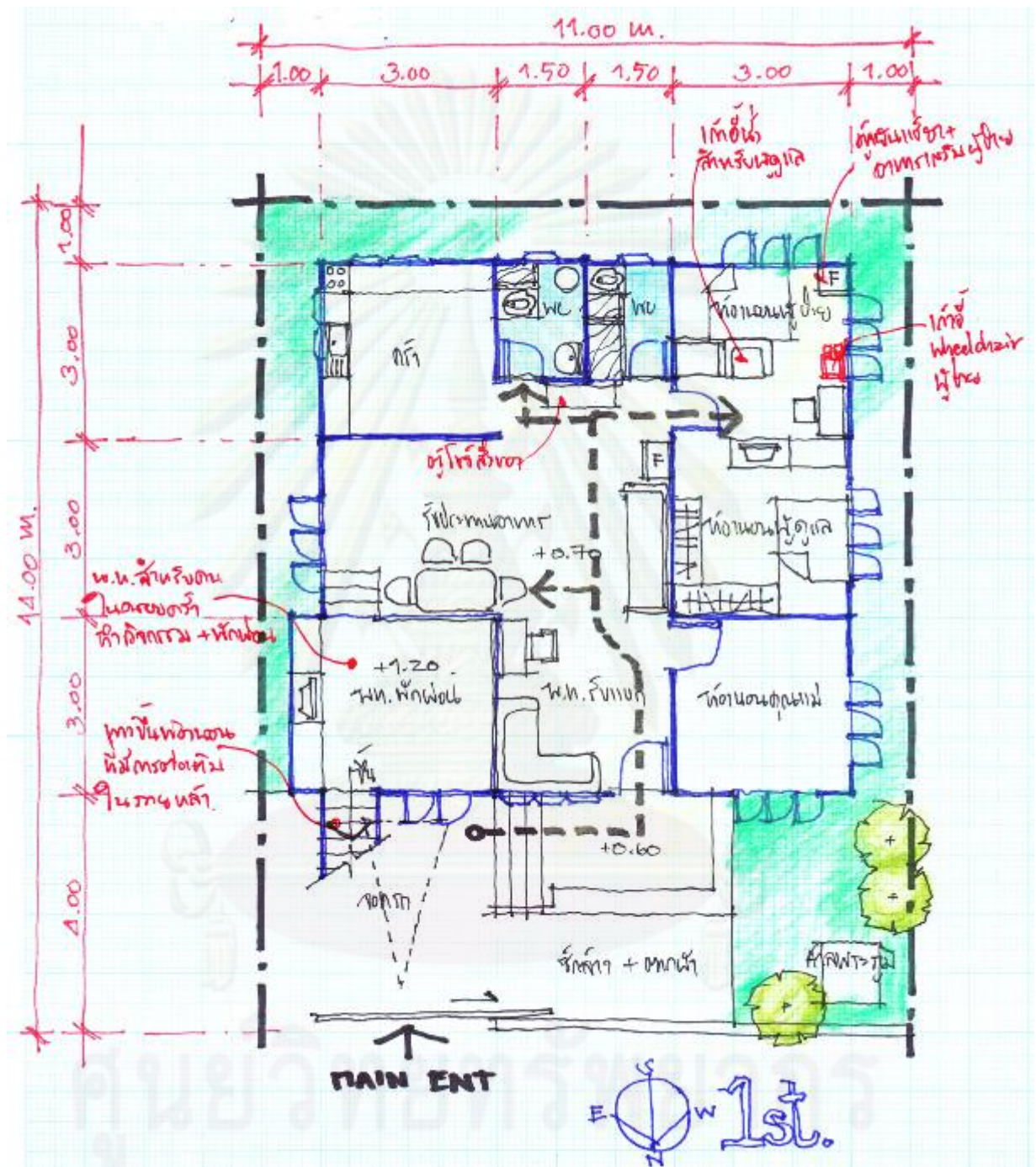
พฤติกรรมและอาการของโรค เดิมผู้ป่วยได้ป่วยเป็นโรคพาร์กินสันเป็นเวลา 10 ปี จึงทำให้มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวในร่างกาย ผู้ดูแลจึงต้องคอยดูแลและทำกายภาพบำบัดให้กับผู้ป่วยอยู่เป็นประจำ ต่อมาผู้ป่วยเริ่มมีอาการนอนไม่หลับ หรือบางครั้งก็จะนอนนานผิดปกติ ทำให้ผู้ดูแลได้พาไปพบแพทย์ และได้ผลการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม โดยมีอาการป่วยมาแล้วประมาณ 1 ปี ต่อมา ผู้ป่วยเริ่มมีอาการพูดเรื่องซ้ำๆ โดยมักจะพูดในเรื่องเดิมๆ เช่น ชอบพูดว่า “อยากกลับบ้าน” เป็นต้น โดยมักจะพูดประมาณ 20 ครั้งต่อวัน

การป้องกันและการรักษา รักษาโดยการให้ยารักษาตามอาการของโรค ได้แก่ โรคพาร์กินสัน ,โรคไขมันในเส้นเลือด และโรคสมองเสื่อม ส่งเสริมทางด้านโภชนาการ เน้นอาหารที่ให้วิตามินอี เช่นปลา ,ผักที่มีสีเข้ม เป็นต้น รวมถึงการกายภาพบำบัดให้กับผู้ป่วย 5-10 นาทีต่อวัน

ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วย ต้องพึ่งพาบ้าง (ค่าคะแนน ADL = 3/6)

สภาพสังคม เศรษฐกิจ ปัจจุบันผู้ป่วยอาศัยอยู่กับลูกและมีหลานสาวเป็นผู้ดูแลหลักในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 20,000 บาทต่อเดือน แต่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าอ้อมผู้ป่วย เป็นต้น และค่าจ้างลูกจ้างประจำ

สำหรับดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ประมาณ 7,000 บาทต่อเดือน โดยรายได้ครัวเรือนเฉลี่ย ประมาณ 20,000 – 40,000 บาทต่อเดือน ซึ่งเพียงพอต่อการใช้จ่าย



แผนผังที่ 4.8 แสดงผังบริเวณที่อยู่อาศัยของกรณีศึกษาที่ 7

สภาพการอยู่อาศัย สภาพการอยู่อาศัยเป็นบ้านเดี่ยวชั้นเดียว ระยะเวลาในการอยู่อาศัย ประมาณ 20 ปี ปัจจุบันมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด 10 คน ทำให้มีการต่อเติมที่อยู่อาศัย เพื่อเพิ่มพื้นที่ใช้สอยบริเวณด้านหน้าที่อยู่อาศัยเนื้อที่จอดรถ โดยทำเป็นห้องนอนเพิ่มขึ้นอีก 1

ห้อง พื้นที่ใช้สอยรวมมีพื้นที่ประมาณ 106 ตารางเมตร ประกอบด้วยห้องนอนจำนวน 3 ห้อง , ห้องพักผ่อน ,พื้นที่รับประทานอาหาร ครัว และห้องน้ำจำนวน 2 ห้อง

ตารางที่ 4.9 แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 7 และผู้ดูแล

ช่วงเวลา	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	พื้นที่ใช้สอย
05.00 - 06.00 น.	ตื่นนอน บ้วนปากใส่ฟันปลอม	เตรียมอาหารเช้า	ห้องนอน
06.00 – 07.00 น.	รับประทานอาหารเช้าได้แก่ โจ๊ก ,ขนมปัง โอวัลติน หรือน้ำเต้าหู้	คอยดูแลผู้ป่วย	ห้องนอน
07.00 – 08.00 น.	กินยาหลังอาหาร		ห้องนอน
08.00 – 09.00 น.	เช็ดตัวทำความสะอาดร่างกาย		ห้องนอน
09.00 – 12.00 น.	นอนพักผ่อน ชมโทรทัศน์		ห้องนอน
12.00 – 13.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน ได้แก่ ผัดผัก, ไข่ตุ๋น	รับประทานอาหารร่วมกับ ผู้ป่วย	ห้องนอน
13.00 – 15.00 น.	รับประทานอาหารว่าง ได้แก่ ส้ม มะละกอ โดยผู้ป่วยมักชอบ ทานน้ำหวาน		ห้องนอน
15.00 – 16.00 น.	อาบน้ำ โดยการเช็ดตัวและถูสบู่ (ทำอยู่ภายในห้องนอน)	ทำความสะอาด บัสสาวะวัดอุณหภูมิใน ร่างกายผู้ป่วย	ห้องนอน
16.00 – 18.00 น.	นอนพักผ่อน ชมโทรทัศน์	ดูแลผู้ป่วย ดูโทรทัศน์	ห้องนอน
18.00 - 19.00 น.	รับประทานอาหาร (ข้าวผัด, ไข่ ตุ๋น และอาหารว่าง (นม)		ห้องนอน
19.00 – 21.00 น.	นอนพักผ่อน สนทนากับ ลูกหลาน	ทำกายภาพบำบัดให้กับ ผู้ป่วย ประมาณ 5- 10 นาที	ห้องนอน
21.00 - 05.00 น.	ถอดฟันปลอม ,นอนพักผ่อน	คอยดูแลผู้ป่วย	ห้องนอน

สวนภายนอก มีขนาดความกว้าง 3.00 เมตร ยาว 4.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 12.00 ตารางเมตร ปัจจุบันเป็นที่ตั้งศาลพระภูมิและปลูกไม้ประดับ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ามาใช้ได้

ห้องนั่งเล่น มีขนาดความกว้าง 3.00 เมตร ยาว 6.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 18.00 ตารางเมตร อยู่ติดกับพื้นที่พักผ่อนและพื้นที่รับประทานอาหาร ปัจจุบันใช้เป็นพื้นที่พักผ่อนและพื้นที่รับประทานอาหาร ปัจจุบันใช้เป็นพื้นที่พักผ่อนสำหรับผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว



ภาพที่ 4.45 แสดงห้องนั่งเล่นใกล้กับโถงทางเข้า และชาวตู้โชว์สิ่งของผู้ป่วยในอดีต

ห้องนอน มีขนาดความกว้าง 3.00 เมตร ยาว 3.00 เมตร พื้นที่ใช้สอยประมาณ 9.00 ตารางเมตร อยู่เชื่อมกับห้องนอนของผู้ดูแลโดยไม่มีผนังกั้นห้อง โดยห้องนอนผู้ดูแลมีขนาดความกว้าง 3.00 เมตร ยาว 3.00 เมตร พื้นที่ใช้สอยประมาณ 9.00 ตารางเมตร โดยผู้ดูแลสามารถมองเห็นผู้ป่วยได้จากตำแหน่งหัวเตียง

ภายในห้องนอนของผู้ป่วยมีการจัดเฟอร์นิเจอร์ต่างๆ ได้แก่ โต๊ะรับประทานอาหาร เก้าอี้สำหรับผู้ดูแล ชุดเก้าอี้สำหรับเช็ดตัว อาบน้ำ โต๊ะเครื่องแป้ง และชั้นวางโทรทัศน์ โดยที่ผู้ป่วยจะทำกิจกรรมต่างๆอยู่ภายในห้องนอน ได้แก่ ดูโทรทัศน์ ทำกายภาพบำบัดโดยการยืดแขนขา



ภาพที่ 4.46 แสดงห้องนอนผู้ป่วยที่มีการจัดเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกไว้ภายใน

ห้องน้ำ มีขนาดความกว้าง 1.50 เมตร ยาว 2.00 เมตร พื้นที่ใช้สอยประมาณ 3.00 ตารางเมตร ติดตั้งโถสุขภัณฑ์แบบนั่งยองถึงใสน้ำแบบตักอาบ และอ่างล้างหน้าติดผนัง ปัจจุบันผู้ป่วยไม่ได้เข้ามาใช้งาน เพราะมีอาการของโรคพาร์กินสัน ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้มาก



ภาพที่ 4.47 แสดงห้องน้ำของผู้ป่วยที่ใช้ส้วมแบบนั่งยอง

ห้องครัว มีขนาดความกว้าง 3.00 เมตร ยาว 3.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 9.00 ตารางเมตรอยู่ด้านหลังของที่อยู่อาศัยใกล้กับพื้นที่รับประทานอาหาร



ภาพที่ 4.48 แสดงห้องครัวที่อยู่เชื่อมกับโถงห้องนั่งเล่น

พื้นที่รับประทานอาหาร มีขนาดความกว้าง 3.00 เมตร ยาว 3.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 8.00 ตารางเมตร อยู่เชื่อมกับห้องรับแขกและห้องนั่งเล่น ปัจจุบันใช้เป็นพื้นที่รับประทานอาหารของผู้ดูแลและคนในครอบครัว ส่วนผู้ป่วยจะนั่งรับประทานอาหารอยู่ภายในห้องนอน



ภาพที่ 4.49 แสดงพื้นที่รับประทานอาหาร

ทางเดินภายใน มีความกว้างประมาณ 0.80 -1.20 เมตร ใช้วัสดุพื้นเป็นกระเบื้องผิวมัน บริเวณทางเข้ามีบันไดกว้าง 1.50 เมตร มีระยะลูกตั้ง 15 เซนติเมตร ระยะลูกนอน 30 เซนติเมตร ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนเก้าอี้ รถเข็นผ่านไปได้ โดยจะใช้การอุ้มประมาณ 2 -3 คน กรณีที่ต้องเคลื่อนย้ายขึ้นรถยนต์



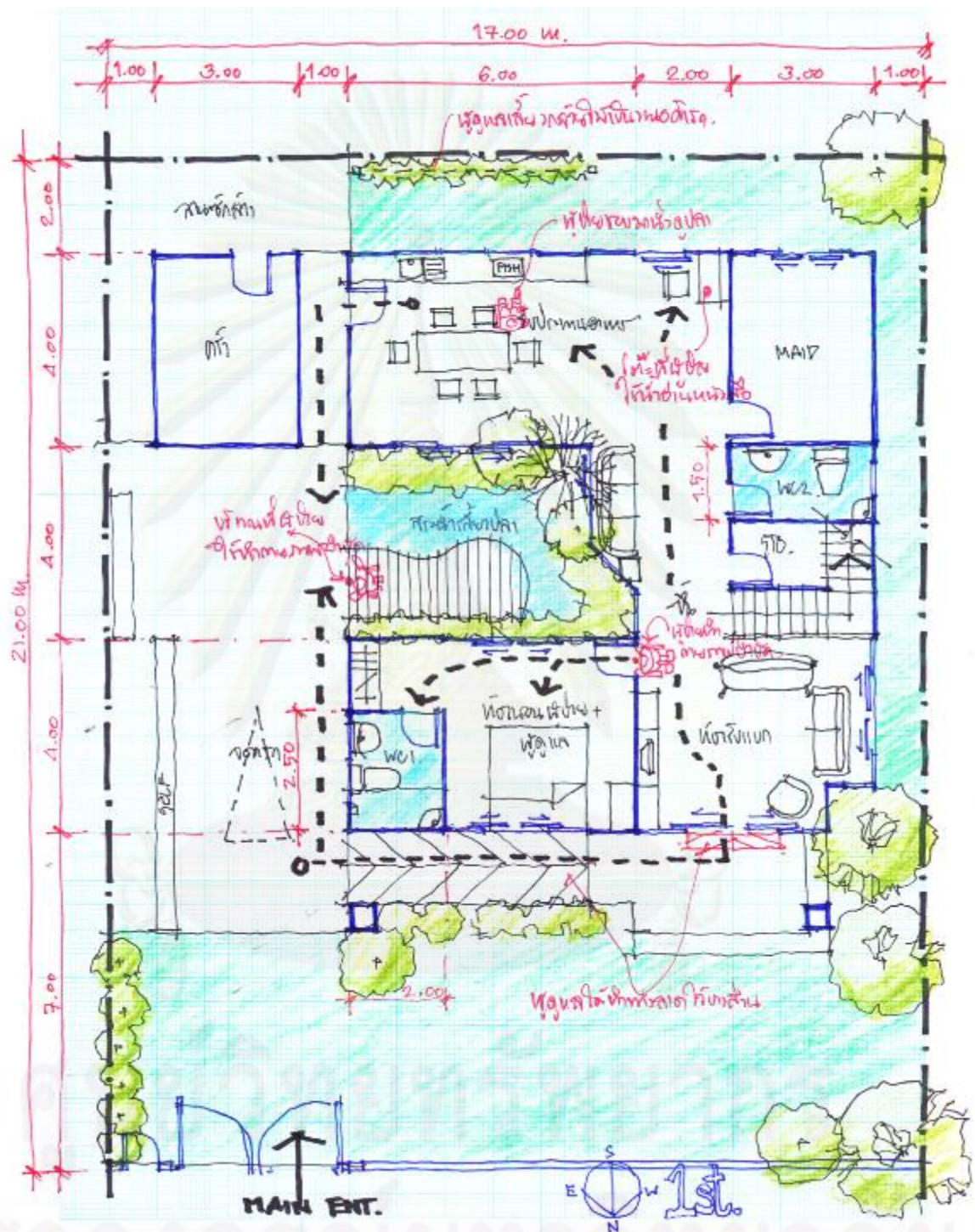
ภาพที่ 4.50 แสดงทางเดินเข้าห้องนอน และบันได

3) กรณีศึกษาที่ 8 อายุ 85 ปี

ที่อยู่ หมู่บ้านเมืองทองการ์เด้นท์ ถนนพัฒนาการ เขตประเวศ

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วย เป็นเพศหญิง อายุ 85 ปี เป็นหม้าย มีบุตรด้วยกัน 4 คน เป็นชาย 2 คน หญิง 2 คน จบการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา เดิมประกอบอาชีพแม่บ้าน โดยสามีเป็นผู้ดูแล ปัจจุบันอาศัยอยู่กับลูกสาวทั้ง 2 คน ผู้ดูแลหลัก เป็นลูกสาว อายุ 55 ปี เป็นบุตรคนแรกของผู้ป่วย จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ประกอบอาชีพรับจ้าง และทำธุรกิจส่วนตัว(คลินิกทันตแพทย์) รายได้ครัวเรือนประมาณ 20,000 – 40,000 บาทต่อเดือน โดยพอดีกับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละเดือน

ระยะเวลาที่มีอาการป่วย 5 ปี, โรคประจำตัว โรคปอดอักเสบ
 ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วย ต้องพึ่งพาบ้าง (ค่าคะแนน ADL = 4/6)



แผนผังที่ 4.9 แสดงผังบริเวณที่อยู่อาศัยของกรณีศึกษาที่ 8

การป้องกันและการรักษา รักษาโดยการเฝ้ารักษาตามอาการของโรค ได้แก่ โรคสมองเสื่อม และโรคปอดอักเสบ ส่งเสริมทางด้านโภชนาการโดยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารประเภทปลา

, ผัก, ไข่และนม นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางด้านการกระตุ้นความจำ และการออกกำลังกาย โดยการตั้งตู้ปลาและรวบรวมอัลบั้มภาพเกี่ยวกับดอกไม้และเด็กที่ผู้ป่วยชอบ มาไว้บริเวณห้องพักผ่อนของผู้ป่วย เพื่อเป็นกิจกรรมกระตุ้นความจำ รวมถึงได้ติดตั้งเครื่องออกกำลังกายไว้ที่บริเวณห้องนั่งเล่น เพื่อเป็นกิจกรรมกายภาพบำบัดให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยยังคงความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้

ตารางที่ 4.10 แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 8 และผู้ดูแล

ช่วงเวลา	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	พื้นที่ใช้สอย
05.00 - 06.00 น.	ตื่นนอน, รับประทานนม	ดูแลผู้ป่วย	ห้องนอน
06.00 - 07.00 น.	ล้างหน้า, แปรงฟัน	อาบน้ำ	ห้องนอน
07.00 - 08.00 น.	อ่านหนังสือ	ดูแลผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหาร
09.00 - 10.00 น.	รับประทานอาหาร	ป้อนอาหารให้ผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหาร
10.00 - 11.00 น.	อาบน้ำ	อาบน้ำให้ผู้ป่วย	ห้องน้ำ
11.00 - 12.00 น.	รับประทานอาหาร	ป้อนอาหารให้ผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหาร
12.00 - 13.00 น.	นั่งดูปลาในตู้ปลา	อ่านหนังสือ, ทำงานบ้าน	พื้นที่รับประทานอาหาร
13.00 - 16.00 น.	เดินกววน	คอยพยุงตัวผู้ป่วย	ทางเดิน
16.00 - 17.00 น.	อ่านหนังสือ	ดูแลผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหาร
17.00 - 18.00 น.	รับประทานอาหาร	ป้อนอาหารให้ผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหาร
18.00 - 18.30 น.	เช็ดตัว	ดูแลผู้ป่วย	ห้องน้ำ
19.00 - 21.00 น.	ดูโทรทัศน์, ทานนม	ชวนผู้ป่วยสนทนา	ห้องนั่งเล่น
21.00 - 05.00 น.	นอนพักผ่อน, เข้าห้องน้ำ	นอน, ดูแลผู้ป่วย	ห้องนอน

สภาพสังคม เศรษฐกิจ ปัจจุบันผู้ป่วยพักอาศัยอยู่กับลูกสาวทั้ง 2 คน โดยจะสลับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย แบ่งเป็นช่วงเช้าและช่วงเย็นของในแต่ละวัน และมีลูกจ้างประจำคอยดูแลจำนวนสมาชิกทั้งหมด 4 คน รายได้ครัวเรือนประมาณ 20,000 – 40,000 บาทต่อเดือน โดยมีผู้ดูแลเป็นผู้ทำหน้าที่ดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายภายในบ้าน ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในแต่ละเดือนโดยเฉลี่ยประมาณ 20,000 บาทต่อเดือน

สภาพการอยู่อาศัย ปัจจุบันผู้ป่วยเป็นเจ้าของ ลักษณะเป็นบ้านเดี่ยว 2 ชั้น อาศัยอยู่มาแล้ว 10 ปี เนื้อที่ประมาณ 80 ตารางวา พื้นที่ใช้สอยรวม 280 ตารางเมตร โดยชั้นล่างเป็นพื้นที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย ประกอบด้วย ห้องนอน, ห้องพักผ่อน, ห้องรับประทานอาหาร และห้องน้ำ โดยมีการจัดเป็นพื้นที่สวนกลางบ้าน สามารถมองเห็นวิวได้จากทุกห้อง

สวนภายนอก แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ สวนหน้าบ้าน และสวนกลางบ้าน โดยผู้ป่วยมักจะออกมาใช้พื้นที่บริเวณสวนกลางบ้านมากกว่า เนื่องจากสวนหน้าบ้านจะมีความลาดชันไม่

เหมาะสมต่อการเดิน หรือนั่งเก้าอี้รถเข็นเข้าไป ปัจจุบันสวนกลางบ้านมีขนาดความกว้าง 4.00 เมตร ยาว 5.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 20.00 ตารางเมตร มีบ่อเลี้ยงปลาและปลูกต้นไม้เพื่อสร้างความร่มรื่น ผู้ป่วยมักออกมาใช้พื้นที่บริเวณนี้ เพื่อออกกำลังกาย (เครื่องดิ่งแขน) ในช่วงเย็น



ภาพที่ 4.51 แสดงสวนกลางบ้านที่มีบ่อปลา และเครื่องออกกำลังกาย

ห้องนั่งเล่น มีขนาดความกว้าง 4.00 เมตร ยาว 5.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 20.00 ตารางเมตร อยู่ติดกับห้องนอนของผู้ป่วย ใช้เป็นห้องชมโทรทัศน์ของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว



ภาพที่ 4.52 แสดงห้องนั่งเล่นที่ผู้ป่วยมักชอบมานั่งชมทีวี และดูโทรทัศน์

ห้องนอน มีขนาดความกว้าง 4.00 เมตร ยาว 6.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 24.00 ตารางเมตร มีห้องน้ำในตัว ภายในวางเตียงเดี่ยว โดยผู้ดูแลจะนอนร่วมเตียงเดียวกับผู้ป่วย ตำแหน่งเตียงสามารถมองเห็นวิวสวนกลางบ้านได้



ภาพที่ 4.53 แสดงเตียงนอนของผู้ป่วยและผู้ดูแลนอนร่วมกัน

ห้องน้ำ ห้องน้ำอยู่ภายในห้องนอน มีขนาดความกว้าง 4.00 เมตร ยาว 6.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 5.60 ตารางเมตร ภายในมีอ่างล้างหน้า, โถสุขภัณฑ์ และฝักบัวอาบน้ำ โดยผู้ดูแลจะให้ผู้ป่วยนั่งอาบน้ำที่โถสุขภัณฑ์ เพราะผู้ป่วยมักปัสสาวะกระปริดกระปอยขณะอาบน้ำ



ภาพที่ 4.54 แสดงห้องน้ำผู้ป่วยที่อยู่ในห้องนอน

พื้นที่รับประทานอาหาร อยู่เชื่อมกับห้องนั่งเล่น สามารถมองเห็นวิวสวนกลางบ้านได้ โดยผู้ป่วยมักใช้เป็นพื้นที่ทำกิจกรรม โดยการนั่งดูปลาในตู้ปลา และนั่งดูรูปภาพที่โต๊ะอ่านหนังสือ พื้นที่รับประทานอาหารมีขนาดความกว้าง 4.00 เมตร ยาว 6.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 24.00 ตรม.



ภาพที่ 4.55 แสดงพื้นที่รับประทานอาหาร และโต๊ะอ่านหนังสือ

ทางเดินภายใน มีความกว้าง 0.90 – 1.00 เมตร ระดับพื้นภายในมีความต่างระดับกัน ประมาณ 3 - 5 เซนติเมตร วัสดุที่ใช้ปูพื้นบริเวณทางเดิน ประกอบด้วย กระเบื้องปูพื้น, ไม้ปาร์เก้ และกระเบื้องหินแกรนิต

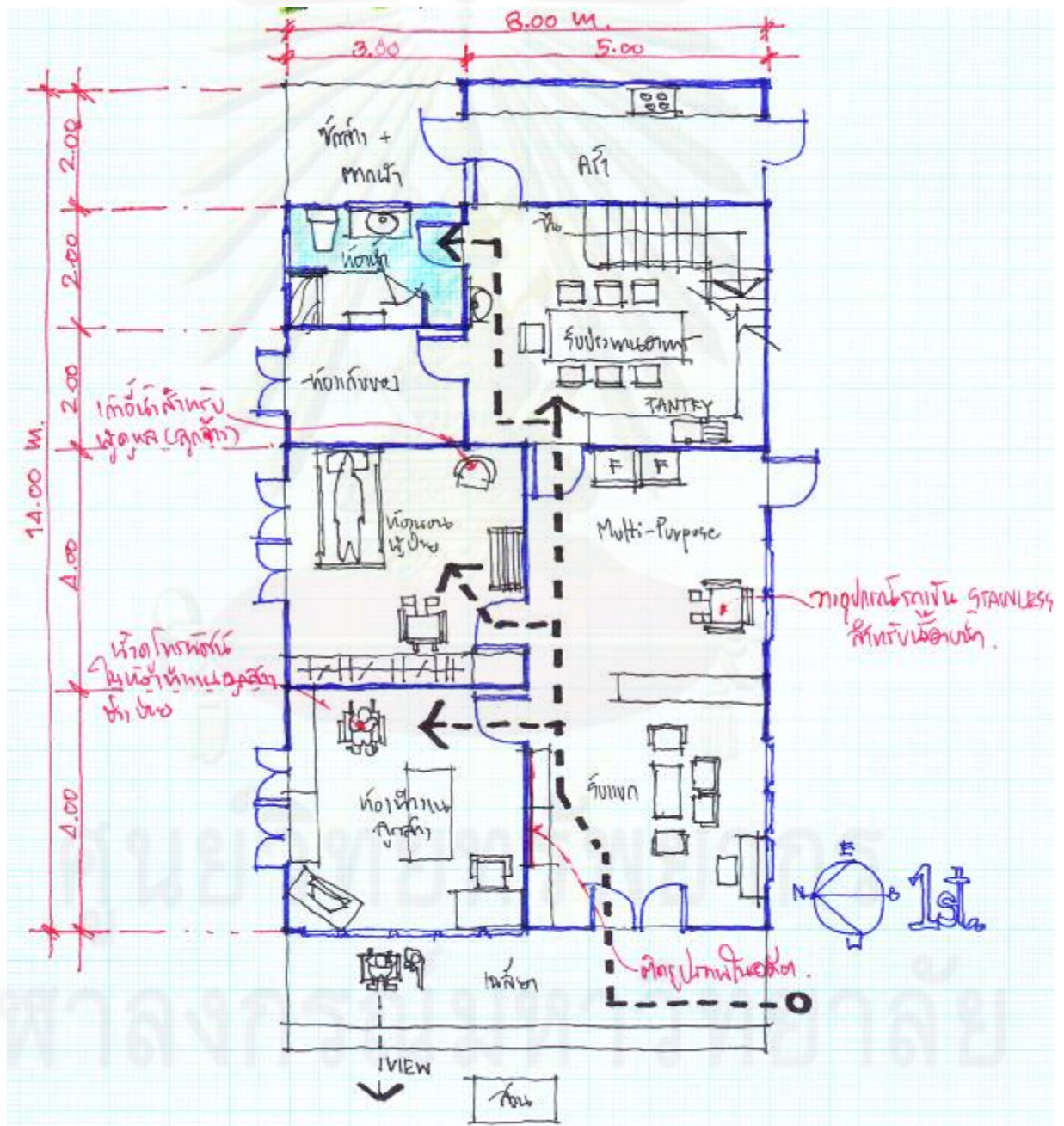


ภาพที่ 4.56 แสดงทางลาดบริเวณทางเข้าหลัก

4) กรณีศึกษาที่ 9 อายุ 80 ปี

ที่อยู่ ถนนพุทธมณฑล สาย 2 เขตบางแค

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วย เป็นเพศหญิง อายุ 80 ปี สถานภาพปัจจุบันเป็นหม้าย มีบุตรด้วยกัน 5 คน จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา เดิมประกอบอาชีพแม่บ้าน อาศัยอยู่กับลูกหลานรวมสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด 8 คน ผู้ดูแลหลัก เป็นลูกสาวของผู้ป่วย อายุ 51 ปี จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี เดิมประกอบอาชีพเป็นเจ้าหน้าที่อยู่ในกรมทะเบียนการค้า กระทรวงพาณิชย์ ต่อมาเมื่อผู้ป่วย มีอาการของโรคสมองเสื่อม จึงทำให้ต้องลาออกจากราชการเพื่อมาดูแลผู้ป่วย



แผนผังที่ 4.10 แสดงผังบริเวณที่อยู่อาศัยของกรณีศึกษาที่ 9

ระยะเวลาที่มีอาการป่วย 6 ปี, โรคประจำตัว โรคสมองเสื่อม, อาการหูตึงเนื่องจากเส้นเลือดในสมองแตก และมีอาการเจ็บเส้นประสาทที่บริเวณใบหน้า

ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วย ต้องพึ่งพบบ้าง (ค่าคะแนน ADL = 3/6)

พฤติกรรมและอาการของโรค ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว จากการที่มีอาการเจ็บเส้นประสาทที่บริเวณใบหน้า ซึ่งส่งผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ไม่เป็นไปตามปกติ เช่น การแปรงฟัน, การรับประทานอาหาร เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมหวาดระแวง เห็นภาพหลอน ในช่วงเวลากลางคืน ทำให้อนอนไม่หลับ และเดินวนไปวนมาอยู่ภายในห้องนอน

การป้องกันและการรักษา รักษาโดยการเฝ้าระวังตามอาการของโรค ได้แก่ โรคสมองเสื่อม และอาการเจ็บเส้นประสาทที่บริเวณใบหน้า ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยจะส่งเสริมทางด้านโภชนาการเน้นอาหารบำรุงสมอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย ได้แก่ การลุก-นั่ง และการเดิน

สภาพสังคม เศรษฐกิจ ปัจจุบันผู้ป่วยอาศัยอยู่กับผู้ดูแล รวมจำนวนสมาชิกทั้งหมด 8 คน รายได้ของผู้ดูแลต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน โดยค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยจะมาจากเงินเก็บและทรัพย์สินของผู้ป่วยเอง ส่วนค่าใช้จ่ายในการรักษาในแต่ละเดือนประมาณ 30,000 บาท แบ่งเป็นค่าใช้จ่ายทั่วไป ได้แก่ อาหารและของใช้ส่วนตัว 8,000 บาท, ค่ารักษาพยาบาล 15,000 บาท และค่าจ้างผู้ดูแล 7,000 บาท

ตารางที่ 4.11 แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 9 และผู้ดูแล

ช่วงเวลา	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	พื้นที่ใช้สอย
04.00 – 05.00 น.	ตื่นนอน, ล้างหน้า, แปรงฟัน	คอยดูแลผู้ป่วย	ห้องน้ำ
05.00 – 06.00 น.	เช็ดตัว	เช็ดตัวให้ผู้ป่วย	ห้องนอน
06.00 – 08.00 น.	ทานอาหารเช้า(ข้าวต้ม, โจ๊ก)	ทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหาร
08.00 – 10.00 น.	หยอดตา, นอนพักผ่อน	ทำงานอยู่ในห้องทำงาน	ห้องนอน
10.00 – 11.00 น.	ทานอาหารว่าง ได้แก่ เค้ก, ขนมปัง, น้ำขิง	ชมโทรทัศน์ร่วมกับผู้ป่วยในห้องทำงาน	ห้องนั่งเล่น
11.00 – 12.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน	ทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหาร
12.00 – 15.00 น.	นอนพักผ่อน, ทำกายภาพบำบัด	ดูแลผู้ป่วยในการทำกายภาพบำบัด	ห้องนอน
15.00 – 16.00 น.	ทานอาหารว่าง เช่น ยาคุลย์	ทำงาน, ดูโทรทัศน์	ห้องนั่งเล่น
16.00 – 17.00 น.	อาบน้ำ (1ครั้ง/วัน)		ห้องน้ำ
17.00 – 18.00 น.	นั่งชมทีวีที่สวน(ดูน้ำพุ)	สนทนากับผู้ป่วย	สวนภายนอก
18.00 – 20.00 น.	ทานอาหารเย็น, แปรงฟัน	ทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหาร
20.00 – 05.00 น.	นอนพักผ่อน	นอนพักผ่อน, สังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย	ห้องนอน

สภาพการอยู่อาศัย ปัจจุบันผู้ป่วยอาศัยอยู่กับลูกสาวและญาติ วังเป็นที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยเอง ลักษณะเป็นบ้านเดี่ยว 2 ชั้นกึ่งโครงสร้างไม้ อาศัยอยู่มาแล้ว 10 ปี สร้างบนเนื้อที่ประมาณ 1 ไร่ พื้นที่ใช้สอยรวม 224 ตารางเมตร โดยชั้นล่าง ประกอบด้วย ห้องนอนผู้ป่วย, ห้องทำงานลูกสาว, ห้องรับแขก, ห้องน้ำ, ห้องครัว และห้องรับประทานอาหาร ส่วนชั้นบนจะเป็นห้องนอนของญาติผู้ป่วย

สวนภายนอก มีขนาดพื้นที่ประมาณ 360 ตารางเมตร อยู่บริเวณหน้าบ้าน ลักษณะเป็นสวนแบบเปิดโล่งปลูกหญ้าไม้รอกทึบ ผู้ป่วยมักชอบออกมานั่งชมวิวในช่วงเย็นของทุกวัน



ภาพที่ 4.57 แสดงสวนภายนอกบริเวณด้านหน้า

ห้องนั่งเล่น มีขนาดความกว้าง 4.00 เมตร ยาว 4.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 16.00 ตารางเมตร ปัจจุบันใช้เป็นห้องรับแขก และห้องพักผ่อนของสมาชิกในครอบครัว



ภาพที่ 4.58 แสดงห้องนั่งเล่นบริเวณทางเข้าหลัก และสิ่งของ รูปภาพคนในครอบครัว

ห้องนอน มีขนาดความกว้าง 4.00 เมตร ยาว 4.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 16.00 ตารางเมตร ประกอบด้วยเตียงนอนสำหรับผู้ป่วย, เก้าอี้รถเข็น, ตู้เสื้อผ้า และพื้นที่สำหรับผู้ดูแล



ภาพที่ 4.59 แสดงเตียงนอนผู้ป่วยแบบมีที่กั้นรอบด้าน

ห้องน้ำ อยู่ใกล้กับพื้นที่รับประทานอาหาร แยกออกมาจากห้องนอน โดยมีขนาดควากกว้าง 2.00 เมตร ยาว 3.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 6.00 ตารางเมตร ภายในประกอบด้วย อ่างล้างหน้า, โถสุขภัณฑ์ และที่นั่งอาบน้ำ



ภาพที่ 4.60 แสดงห้องน้ำผู้ป่วยที่มีการแบ่งสัดส่วนชัดเจน

พื้นที่รับประทานอาหาร อยู่ใกล้กับห้องครัวและบันไดขึ้นชั้นบน กว้าง 4.00 เมตร ยาว 4.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 16.00 ตารางเมตร ปัจจุบันผู้ป่วยจะรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกในครอบครัว โดยโต๊ะรับประทานอาหารสามารถรองรับได้ 6 - 8 คน



ภาพที่ 4.61 แสดงพื้นที่นั่งรับประทานอาหารรองรับคนได้ 6 - 8 คน

ทางเดินภายใน มีความกว้างประมาณ 0.80 – 1.20 เมตร พื้นทางเดินภายในมีความต่างระดับกัน 3 – 5 เซนติเมตร ที่บริเวณพื้นที่รับประทานอาหารและห้องน้ำ



ภาพที่ 4.62 แสดงทางเดินภายในบริเวณบันได และพื้นที่รับประทานอาหาร

5) กรณีศึกษาที่ 10 อายุ 89 ปี

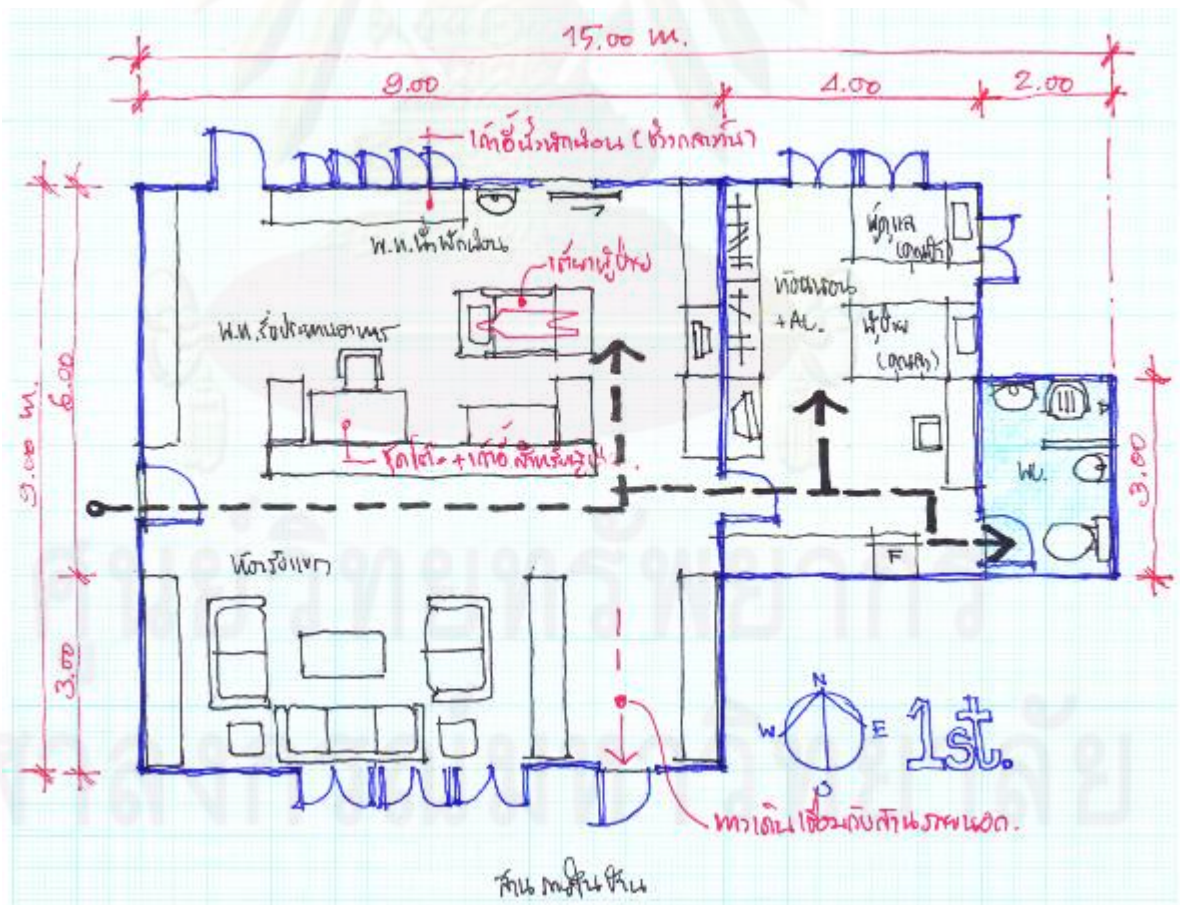
ที่อยู่ ถนนรามอินทรา เขตบางเขน

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วย เป็นเพศชาย อายุ 89 ปี ปัจจุบันเกษียณอายุราชการและได้รับบำนาญ บุตรด้วยกัน 6 คน โดยมีบุตรคนสุดท้อง ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ในอดีตผู้ป่วยประกอบอาชีพรับราชการอยู่ที่กรมป่าไม้ จึงมีความผูกพันและชื่นชอบการปลูกต้นไม้เป็นชีวิตจิตใจ โดยมักออกมาเดินเล่นที่สวนเป็นประจำทุกเย็น ผู้ดูแลหลัก เป็นลูกชายของผู้ป่วย อายุ 53 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาโท ทำอาชีพอิสระ ได้แก่ เล่นหุ้น และลงทุน รายได้ประมาณ 40,000 บาทขึ้นไป

ระยะเวลาที่มีอาการป่วย 6 ปี, โรคประจำตัว โรคเบาหวาน, ไขมันในเลือดสูง

ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วย ต้องพึ่งพบบ้าง (ค่าคะแนน ADL = 4/6)

พฤติกรรมและอาการของโรค ปัจจุบันผู้ป่วยมีอาการของโรคสมองเสื่อมมาแล้ว 6 ปี สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้บ้าง เช่น เดินเข้าห้องน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ใส่เสื้อผ้าเองได้ เป็นต้น และเป็นคนชอบซื้อล็อตเตอรี่ โดยจะซื้อทุก ๆ เดือน นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีอาการชอบเห็นภาพหลอน และลุกขึ้นเดินไปเดินมาในเวลากลางคืน ทำให้ผู้ดูแลต้องพาไปพบแพทย์และได้ผลการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม



แผนผังที่ 4.11 แสดงผังบริเวณที่อยู่อาศัยของกรณีศึกษาที่ 10

การป้องกันและการรักษา รักษาโดยการช้ยา รักษาโรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคสมองเสื่อม รวมถึงการส่งเสริมทางด้านโภชนาการโดยเห็นอาหารที่มีวิตามินบี , ธาตุเหล็ก ดการดื่มเหล้า สูบบุหรี่ และส่งเสริมใหม่มีการเดินออกกำลังกาย

ตารางที่ 4.12 แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 10 และผู้ดูแล

ช่วงเวลา	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	พื้นที่ใช้สอย
06.00 - 07.00 น.	ตื่นนอนอาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน	ดูแลผู้ป่วย	ห้องน้ำ
07.00 – 08.00 น.	รับประทานอาหารเช้า	ป้อนอาหารให้กับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหาร
08.00 – 10.00 น.	นอนพักผ่อน , ดูโทรทัศน์	ทำงานบ้าน, สังเกตพฤติกรรม ผู้ป่วย	ห้องนั่งเล่น
10.00 – 11.00 น.	ทานอาหารว่าง ได้แก่ ขนมและผลไม้	ป้อนอาหารให้กับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหาร
11.00 – 12.00 น.	รับประทานอาหารเช้า กลางวัน	ป้อนอาหารให้กับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหาร
12.00 – 14.00 น.	นอนพักผ่อน,ดูโทรทัศน์, อ่านหนังสือพิมพ์	ทำงานส่วนตัว สังเกตพฤติกรรม ผู้ป่วย,รดน้ำต้นไม้ ,เลี้ยงสุนัข	ห้องนั่งเล่น
14.00 – 15.00 น.	รับประทานอาหารว่าง	ป้อนอาหารให้กับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหาร
15.00 – 16.00 น.	เดินเล่นภายในหมู่บ้าน (ถนนในชุมชน)	พาผู้ป่วยไปเดินเล่น	สวนภายนอก
16.00 – 18.00 น.	อาบน้ำ	คอยดูแลผู้ป่วย	ห้องน้ำ
18.00 - 19.00 น.	รับประทานอาหารเช้า	คอยป้อนอาหารให้กับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหาร
19.00 – 06.00 น.	นอนพักผ่อน (ใส่ถุง ปัสสาวะ)	นอนพักผ่อนโดยแยกเตียงนอน กับผู้ป่วย และคอยเปลี่ยนถุง ปัสสาวะให้กับผู้ป่วย	ห้องนอน

สภาพสังคม เศรษฐกิจ รายได้มาจากเงินบำนาญของผู้ป่วยเอง และลูกๆ เฉลี่ยประมาณ เดือนละ 40,000 บาท จึงไม่ส่งผลต่อค่าใช้จ่าย ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งรายจ่ายที่เป็นค่า รักษาพยาบาลผู้ป่วยในแต่ละเดือนประมาณ 20,000 บาท นอกจากนี้ยังมีผู้ดูแลเฉพาะผู้ป่วย 1 คน และดูแลงานบ้าน 3 คน ทำให้ไม่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

สภาพการอยู่อาศัย สภาพการอยู่อาศัยผู้ป่วยเป็นเจ้าของเอง โดยอาศัยอยู่ประมาณ 20 ปี ลักษณะเป็นบ้านเดี่ยวแยก 3 หลัง ในพื้นที่เดียวกัน โดยหลังแรกจะเป็นบ้านของลูกชาย และ ลูกสะใภ้ หลังที่สองเป็นบ้านของผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่วนหลังสุดท้ายจะเป็นพื้นที่ห้องครัวและ ห้องนั่งเล่น โดยมักจะชอบนั่งชมโทรทัศน์ที่เกี่ยวกับการชกมวย บางครั้งก็จะชอบนั่งอ่านหนังสือ

เช่น อ่านหนังสือพิมพ์ เป็นต้น ในส่วนการดูแลผู้ป่วย จะใช้การสลับผลัดเปลี่ยนผู้ดูแลกันในช่วงเช้า ถึงช่วงกลางวัน จะเป็นลูกชายเป็นผู้ดูแลหลัก ส่วนช่วงบ่ายถึงช่วงกลางคืนจะเป็นภรรยาของผู้ป่วย รวมถึงมีผู้ดูแลที่เป็นลูกจ้างคอยดูแลตลอด 24 ชั่วโมง จึงไม่มีปัญหาในการดูแลมากนัก

สวนภายนอก อยู่ใกล้กับที่จอดรถ และเป็นพื้นที่เชื่อมระหว่างบ้านทั้ง 3 หลัง โดยสวนมีขนาดความกว้าง 6.00 เมตร ยาว 13.00 เมตรพื้นที่ประมาณ 78.00 ตารางเมตร ผู้ป่วยมักจะชอบออกไปนั่งเล่นที่สวนอยู่เป็นประจำในช่วงเย็นของแต่ละวัน เพราะเป็นสวนที่ผู้ป่วยได้ปลูกไว้ในสมัยเมื่อเป็นหนุ่ม โดยจะมีพืชพรรณที่เป็นไม้ยืนต้น และกล้วยไม้ล้อมรอบโต๊ะ เก้าอี้ที่ตั้งไว้กลางสวน



ภาพที่ 4.63 แสดงสวนภายนอกที่ผู้ป่วยมักชอบออกมาพักผ่อนเป็นประจำ

ห้องนั่งเล่น ปัจจุบันได้มีการจัดเฟอร์นิเจอร์ โดยใช้พื้นที่นั่งเล่น และพักผ่อนสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย เก้าอี้ไม้ ,โทรทัศน์ , อ่างล้างมือ และชุดโต๊ะรับประทานอาหาร (นั่งทานคนเดียว) โดยห้องนั่งเล่นมีขนาดความกว้าง 4.00 เมตร ยาว 9.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 36.00 ตารางเมตร



ภาพที่ 4.64 แสดงเก้าอี้ยาวที่ผู้ป่วยใช้นอนพักผ่อนในช่วงกลางวันภายในพื้นที่พักผ่อน

พื้นที่รับประทานอาหาร ผู้ดูแลได้จัดพื้นที่สำหรับรับประทานอาหารให้กับผู้ป่วย อยู่ในห้องนั่งเล่นของผู้ป่วย ประกอบด้วย โต๊ะรับประทานอาหาร 1 ตัว และเก้าอี้นั่งรับประทานอาหาร 1 ตัว นอกจากนี้ผู้ป่วยยังใช้พื้นที่นั่งทำกิจกรรมอื่นๆ นั่งอ่านหนังสือพิมพ์



ภาพที่ 4.65 แสดงโต๊ะรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วย

ห้องนอน ผู้ป่วยจะนอนแยกเตียงนอนกับผู้ดูแล โดยห้องนอนมีขนาดความกว้าง 4.00 เมตร ยาว 6.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 24.00 ตารางเมตร มีห้องน้ำอยู่ภายในห้องนอนและอยู่ใกล้กับเตียงนอนของผู้ป่วย



ภาพที่ 4.66 แสดงการวางตำแหน่งเฟอร์นิเจอร์ต่างๆ ภายในห้องนอนผู้ป่วย

ห้องน้ำ ห้องน้ำสำหรับผู้ป่วยมีขนาดความกว้าง 2.00 เมตร ยาว 3.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 6.00 ตารางเมตร อยู่ภายในห้องนอนของผู้ป่วย ภายในห้องน้ำประกอบด้วย โถสุขภัณฑ์ โถปัสสาวะชาย อ่างล้างหน้า ฝักบัวอาบน้ำ และมีเก้าอี้หนึ่งสำหรับผู้ชายนั่งอาบน้ำ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยลื่นล้มขณะอาบน้ำ



ภาพที่ 4.67 แสดงห้องน้ำผู้ป่วยที่มีการกันพื้นที่ส่วนเปียก ส่วนแห้ง และทางเข้าห้องน้ำ

ทางเดินภายในและภายนอก มีขนาดความกว้าง 0.80 -1.20 เมตร โดยมีพื้นที่ความต่างระดับกัน 3.5 เซนติเมตร บริเวณห้องนั่งเล่น ห้องนอน และห้องน้ำ บริเวณประตูทางเข้าประตูทางเข้ามีการก่อผนังสูง 0.30 เมตร เพื่อป้องกันน้ำท่วมเข้าตัวบ้าน เนื่องจากตัวบ้านอยู่ต่ำกว่าระดับถนนสาธารณะประมาณ 30 เซนติเมตร



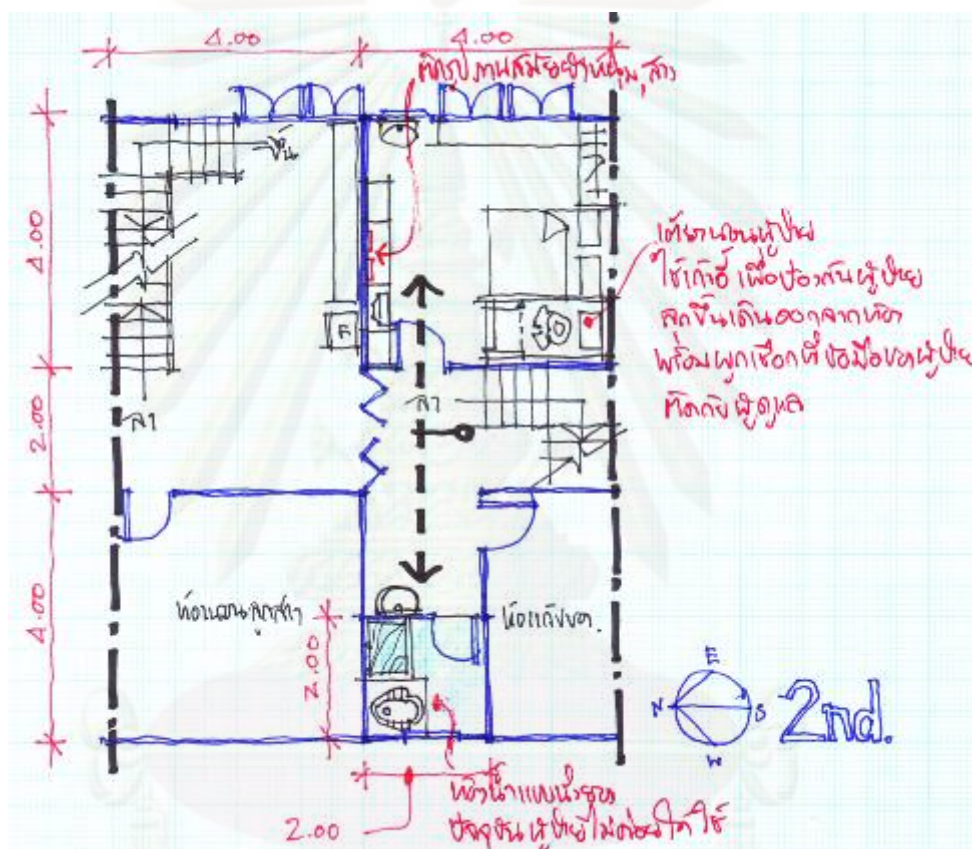
ภาพที่ 4.68 แสดงทางเดินภายใน และทางเดินภายนอก

6) กรณีศึกษาที่ 17 อายุ 80 ปี

ที่อยู่ อาคารพาณิชย์ 3 ชั้น ถนนพระราม 4 เขตคลองเตย

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วย เป็นเพศหญิง อายุ 75 ปี มีบุตรด้วยกัน 4 คน ภูมิลำเนาเดิมอาศัยอยู่ที่ประเทศจีนแล้วย้ายอยู่อาศัยและประกอบอาชีพค้าขายที่ประเทศไทยในภายหลัง ส่วนผู้ดูแลหลักเป็นลูกชายของผู้ป่วย อายุ 48 ปี มีสุขภาพแข็งแรงและไม่มีโรคประจำตัว

ระยะเวลาที่มีอาการป่วย 4 ปี, โรคประจำตัว โรคเบาหวาน (ป่วยมาแล้ว 15 ปี) และมีอาการปวดตามข้อกระดูก, ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วย ต้องพึ่งพาบ้าง (ค่าคะแนน ADL = 4/6)



แผนผังที่ 4.12 แสดงผังบริเวณที่อยู่อาศัยของกรณีศึกษาที่ 17

พฤติกรรมและอาการของโรค ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนไป โดยจะทานอาหารมากกว่าปกติ เพราะนึกว่ายังไม่ได้ทาน และมักมีความทรงจำในอดีต คือ ชอบพูดถึงเรื่องเก่าสมัยยังสาวช่วงอายุประมาณ 17-18 ปี และมักพูดเสมอว่า “อยากกลับบ้าน” ที่เป็นบ้านเดิมของผู้ป่วยในช่วงก่อนที่จะแต่งงานที่ประเทศจีน นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีอาการชอบทานตื่นขึ้นมาเดินวอกวนอยู่ภายในห้องนอนในช่วงเวลากลางคืน โดยผู้ป่วยมักจะเคาะที่ผนังห้องเพื่อหาทางออกไปข้างนอก จนในบางครั้งผู้ดูแลก็ต้องหาเชือกมาผูกติดที่ขาของผู้ป่วยเพราะกลัวว่าจะเดินหนีออกจากบ้าน และผู้ป่วยอาจเดินหกล้ม ตกบันไดได้

การป้องกันและการรักษา ให้การรักษาตามอาการของโรค ได้แก่โรคเบาหวาน และโรคปวดตามข้อ รวมถึงให้การดูแลตามที่แพทย์แนะนำ

สภาพสังคม เศรษฐกิจ รายได้ส่วนใหญ่มาจากการค้าขายโดยเฉลี่ยประมาณ 10,000 – 20,000 บาทต่อเดือน ซึ่งเพียงพอต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่ช่วงกลางวันผู้ป่วยมักจะนอนอยู่ในห้องนอนและไม่ยอมทำกิจกรรม เคลื่อนไหวร่างกาย และมักจะชอบการดูภาพยนตร์จีน

สภาพการอยู่อาศัย สภาพที่อยู่อาศัยเป็นอาคารพาณิชย์ ชั้นล่างเป็นร้านค้าส่วนชั้นบนเป็นที่อยู่อาศัย พื้นที่ใช้สอยรวมประมาณ 480 ตารางเมตร ผู้ป่วยเป็นเจ้าของเอง โดยมีลูกสาวมาพักอาศัยอยู่ด้วย เนื่องจากผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมโดยไม่ชอบเดินไปไหนในช่วงกลางวัน มักเก็บตัวนอนอยู่ที่เตียงนอนตลอดเวลา ผู้ดูแลจึงพยายามที่จะพาผู้ป่วยออกไปนั่งรถ เพื่อกระตุ้นการรับรู้ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อคงความสามารถในกิจวัตรประจำวันได้

ตารางที่ 4.13 แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 17 และผู้ดูแล

ช่วงเวลา	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	พื้นที่ใช้สอย
06.00 – 07.00 น.	ตื่นนอน, ล้างหน้า, แปรงฟัน	คอยดูแลผู้ป่วย	ห้องน้ำ
07.00 – 08.00 น.	รับประทานอาหารเช้า	คอยป้อนอาหารให้ผู้ป่วย	ห้องนอน
08.00 – 12.00 น.	อาบน้ำ, ชมโทรทัศน์ โดยผู้ป่วยมักชอบช่องรายการภาพยนตร์จีน	อ่านหนังสือ, ชมโทรทัศน์ในห้องนอนของผู้ป่วย	ห้องนอน
12.00 – 13.00 น.	รับประทานอาหารเช้า	คอยป้อนอาหารให้ผู้ป่วย	ห้องนอน
13.00 – 15.00 น.	นอนพักผ่อน	คอยดูแลผู้ป่วย	ห้องนอน
15.00 – 16.00 น.	นั่งรถเที่ยว, นั่งชมวิว	พาผู้ป่วยออกไปนั่งรถเที่ยว	พื้นที่ภายนอก
17.30 – 18.00 น.	อาบน้ำ	คอยดูแลผู้ป่วย	ห้องน้ำ
18.00 – 19.00 น.	รับประทานอาหารเช้า	คอยป้อนอาหารให้ผู้ป่วย	ห้องนอน
19.00 – 01.00 น.	นอนพักผ่อน	คอยดูแลผู้ป่วย โดยการมัดเชือกไว้ที่แขนของผู้ป่วยติดกับผู้ดูแล เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเดินออกจากห้องนอน	ห้องนอน
01.00 – 03.00 น.	มีพฤติกรรมชอบเดินวอกวน		ห้องนอน

สวนภายนอก อยู่บนชั้นดาดฟ้าของที่อยู่อาศัย ผู้ดูแลมักจะพาผู้ป่วยออกมานั่งชมวิวที่บริเวณนี้ในช่วงบ่ายของแต่ละวัน โดยสวนภายนอกมีขนาดความกว้าง 4.00 ม. ยาว 4.00 ม. พื้นที่ประมาณ 16.00 ตรม.



ภาพที่ 4.69 แสดงสวนบนชั้นดาดฟ้าที่ปลูกต้นไม้ไว้ในกระถาง

ห้องนอน อยู่ชั้นบนของที่พักรักษาตัว มีห้องน้ำแยกออกมาอยู่บริเวณโถงบันได ผู้ป่วยมักจะใช้ชีวิตประจำวันส่วนใหญ่อยู่ภายในห้องนอน ได้แก่ นอนพักผ่อน, การรับประทานอาหาร, นั่งพักผ่อนชมโทรทัศน์ และชั่งถ่ายปัสสาวะ นอกจากนี้ผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมชอบเดินกวน บางครั้งก็จะเดินออกไปนอกห้องนอน ทำให้ผู้ดูแลต้องนำเอาเก้าอี้นั่งมาวางไว้ที่ปลายเตียงนอนติดผนังห้อง โดยห้องนอนมีขนาดกว้าง 4.00 ม.ยาว 4.00 ม.พื้นที่ 16.00 ตรม.



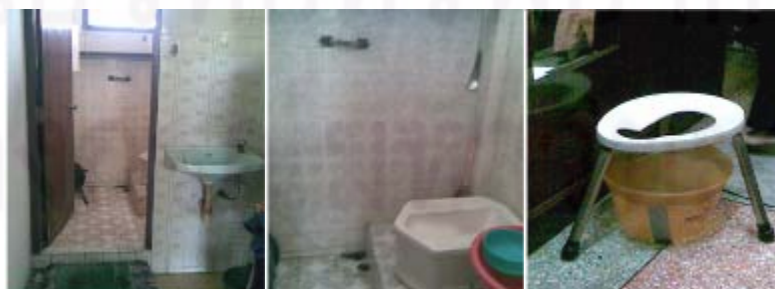
ภาพที่ 4.70 แสดงการจัดวางเฟอร์นิเจอร์เตียงนอนผู้ป่วย

ทางเดินภายใน มีขนาดความกว้าง 0.60 – 1.20 เมตร ซึ่งมีค้ำแคบ เนื่องจากมีพื้นที่จำกัดและมีการวางเฟอร์นิเจอร์ใช้งานต่างๆ ตามทางเดิน



ภาพที่ 4.71 แสดงทางเดินจากห้องนอนผู้ป่วยไปยังห้องน้ำและบันไดที่ต่อเติมภายหลัง

ห้องน้ำ อยู่ชั้นเดียวกับห้องนอนใกล้โถงบันได ผู้ป่วยจะเข้ามาใช้เฉพาะการอาบน้ำส่วนการชั่งถ่ายปัสสาวะและอุจจาระจะใช้อุปกรณ์เสริมที่เป็นที่นั่งสามขาและกระโถนอยู่ภายในห้องนอน ในการอาบน้ำผู้ดูแลจะใช้สายฝักบัวในการอาบน้ำให้กับผู้ป่วย โดยมีการติดตั้งราวจับเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถยืนอาบน้ำได้ ส่วนอ่างล้างหน้าจะติดอยู่ภายนอกใกล้กับประตูทางเข้าห้องน้ำ ห้องน้ำมีขนาดความกว้าง 1.80 เมตร ยาว 2.00 เมตร พื้นที่รวม 3.60 ตารางเมตร



ภาพที่ 4.72 แสดงห้องน้ำ และโถปัสสาวะในห้องนอนของผู้ป่วย

7) กรณีศึกษาที่ 18 อายุ 82 ปี

ที่อยู่ ถนนประจักษ์มิตร เขตบางซื่อ

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วย เป็นเพศหญิง อายุ 82 ปี มีบุตรทั้งหมด 7 คน สัญชาติจีน นับถือศาสนาพุทธปัจจุบันเป็นหม้าย จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา แต่เดิมผู้ป่วยอาศัยอยู่ที่ประเทศจีนเมื่อยังเป็นเด็ก ต่อมาได้ย้ายเข้ามาประกอบอาชีพค้าขายในประเทศไทย ผู้ดูแล เป็นลูกสาวของผู้ป่วย อายุ 54 ปี ปัจจุบันประกอบอาชีพค้าขายเกี่ยวกับวัสดุก่อสร้าง ซึ่งเป็นธุรกิจที่สืบทอดต่อกันมาในครอบครัวผู้ดูแลจะให้ความช่วยเหลือในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยเชื่อว่าเป็นการแสดงความกตัญญูทดแทนที่สำหรับผู้เป็นมารดา จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคสมองเสื่อมที่ดำเนินอาการช้ากว่าผู้ป่วยรายอื่นๆ

ระยะเวลาที่มีอาการป่วย 8 ปี, **โรคประจำตัว** โรคความดันโลหิตสูง

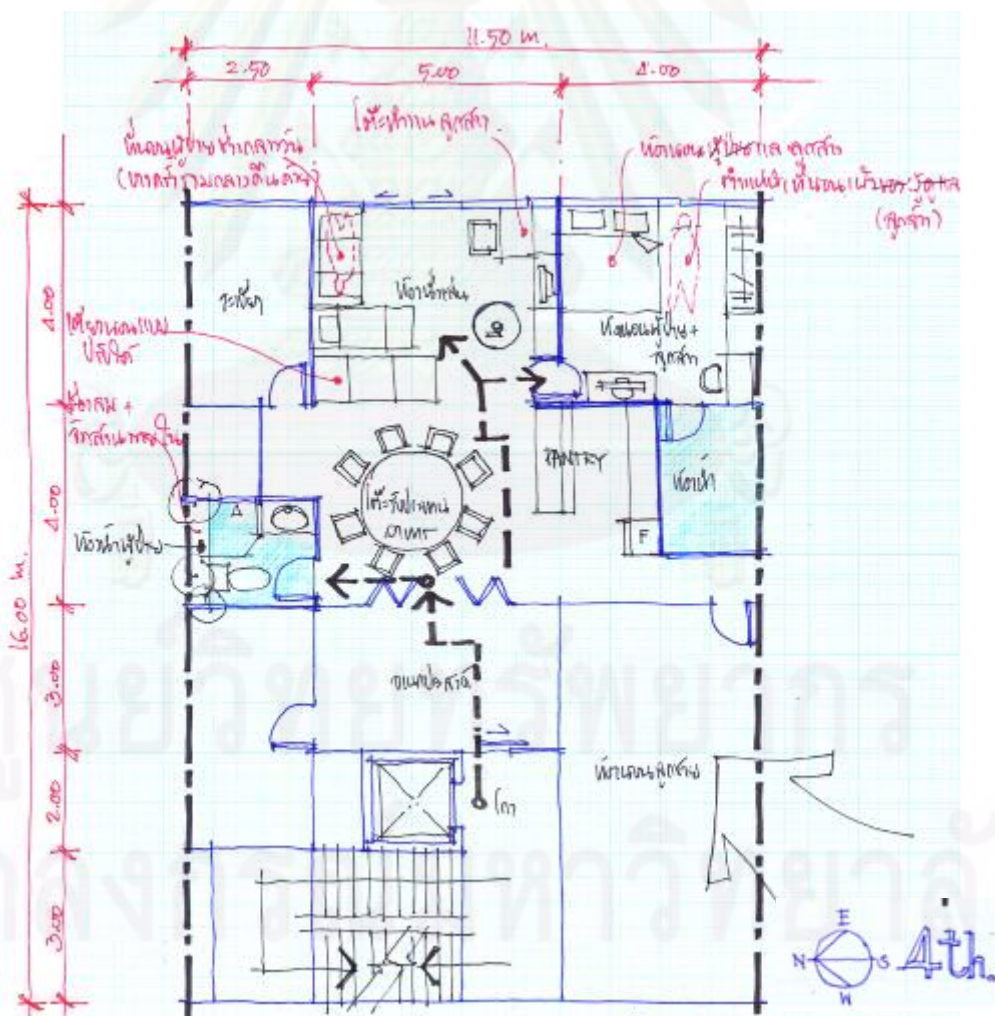
ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วย ต้องพึ่งพบบ้าง (ค่าคะแนน ADL = 3/6)

พฤติกรรมและอาการของโรค ช่วง 4 ปีแรก ผู้ป่วยจะมีอาการชอบคิดถึงเรื่องในอดีต เช่น ผู้ป่วยมักชอบถามถึงบ้านที่อยู่เมื่อจีน เป็นต้น บางครั้งก็พูดว่า “อยากกลับบ้าน” หมายถึงบ้านเดิมที่ตนเองเคยอยู่อาศัยเมื่อครั้งยังเป็นเด็ก โดยมักจะเล่าถึงเหตุการณ์ซ้ำๆ เช่น เล่าถึงประสบการณ์ที่ตนเองใช้ชีวิตประจำวันว่าในตอนเด็กๆ คนจีนที่เป็นผู้หญิงจะต้องทำงานเกี่ยวข้าว ไม่เหมือนกับหญิงไทยที่มักทำงานอยู่ที่บ้าน เป็นต้น ต่อมา ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากเดิมมากขึ้น คือ มีอาการไม่ชอบดูแลตนเองโดยเฉพาะเรื่องการทำความสะอาดร่างกาย โดยจะไม่ชอบการอาบน้ำ รวมถึงมีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่ผิดไปจากเดิม คือ ใช้เวลารับประทานอาหารมากขึ้น เคี้ยวอาหารไว้นานและไม่ยอมกลืนอาหาร นอกจากนี้ยังมีอาการอื่นๆ ได้แก่ การเก็บสิ่งของไว้ไม่เป็นที่ เช่น นำผลไม้ไปไว้ในช่องแช่เย็น เป็นต้น, ชอบรื้อค้นเสื้อผ้าเก่าๆ ที่ยังไม่ได้ซักมาสวมใส่, ชอบพูดเรื่องเดิมซ้ำๆ เช่น ถามว่าจะไปบ้านได้ยังงัย (บ้านเดิมที่ประเทศจีน) เป็นต้น, จำบุคคลภายในบ้านผิด โดยคิดว่าลูกชายคือพี่ชายของตนเอง มีอาการเห็นภาพหลอน เช่น สุนทนาตามลำพัง เป็นต้น

สภาพสังคม เศรษฐกิจ ปัจจุบันผู้อาศัยอยู่กับสมาชิกในครัวเรือนจำนวน ทั้งหมด 10 คน โดยมีลูกสาวผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลหลักในบ้าน รายได้ส่วนใหญ่มาจากการประกอบอาชีพค้าขายวัสดุก่อสร้างซึ่งเพียงพอต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย ในส่วนของรายจ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยเฉลี่ยเดือนละประมาณ 20,000 บาท แบ่งปันค่ารักษาพยาบาลประมาณ 10,000- 15,000 บาท และค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูปประมาณ 5,000 – 8,000 บาท ทั้งนี้ผู้ดูแลสามารถเบิกค่ารักษาได้เนื่องจากผู้ป่วยเป็นคนมีธัญชาติดี ชอบการสนทนา จึงทำให้มีเพื่อน และญาติพี่น้องชอบมาเยี่ยมเยียนผู้ป่วยอยู่เป็นประจำ ทำให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางสังคม ไม่เครียดหรือซึมเศร้า และในบางครั้งผู้ดูแลก็มักจะพาผู้ป่วยออกไปเที่ยวนอกบ้าน เช่น พาไปเดินสวนสาธารณะใกล้บ้าน เป็นต้น

สภาพการอยู่อาศัย สภาพการอยู่อาศัยผู้ดูแลเป็นเจ้าของ ลักษณะอาคารพาณิชย์สูง 4 ชั้น มีดาดฟ้าโดยอยู่อาศัยมาแล้ว 40 ปี พื้นที่ใช้สอยโดยรวมประมาณ 768 ตารางเมตร ชั้นล่างจะเป็นส่วนร้านค้าขายวัสดุก่อสร้าง ด้านหลังเป็นที่จอดรถและคลังเก็บสินค้า ส่วนชั้นบนจะเป็นพื้นที่อยู่อาศัย มีการติดตั้งลิฟต์โดยสาร เพื่อความสะดวกในการขึ้น-ลง เพราะทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลพักอาศัยอยู่ชั้น 4 ของอาคาร โดยในแต่ละวันผู้ป่วยจะใช้ชีวิตประจำวันอยู่ที่บริเวณห้องนั่งเล่น และชอบเล่นเกมส์ เช่น เรียงไพ่ , เกมสล็อต , ดัมมี่ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีนิสัยของการอ่านหนังสือที่เกี่ยวข้องกับประวัติศาสตร์ เช่น เรื่องสามก๊ก เป็นต้น

การป้องกันและการรักษา การรักษาผู้ป่วยโดยการให้ยารักษาตามอาการของโรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคสมองเสื่อม รวมถึงให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเสริมตามที่แพทย์แนะนำ ได้แก่ วิตามินซี , วิตามินอี , วิตามินบีรวม , สาหร่ายเกลียวทอง นิวทรีไลท์ นอกจากนี้ผู้ดูแลมักจะแนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายด้วยการเดิน และพาไปนอบบ้านอยู่เป็นประจำ ทั้งนี้เพื่อช่วยในการกระตุ้นความจำ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เป็นปกติ



แผนผังที่ 4.13 แสดงผังบริเวณที่อยู่อาศัยของกรณีศึกษาที่ 18

ตารางที่ 4.14 แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 18 และผู้ดูแล

ช่วงเวลา	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	พื้นที่ใช้สอย
05.00 - 06.00 น.	ตื่นนอน	เตรียมอาหารให้กับผู้ป่วย	ห้องนอน
06.00 – 08.00 น.	อาบน้ำ ล้างหน้าแปรงฟัน แต่งตัว	ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด	ห้องน้ำ
08.00 – 09.00 น.	รับประทานอาหารเช้า(เน้นอาหารจำพวกปลา ,ผัก) โดยเน้นอาหารที่ไม่เผ็ดและเค็มเกินไป	คอยป้อนอาหารให้กับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหาร
09.00 – 12.00 น.	นอนพักผ่อน ,เล่นเกมส์	สังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหาร
12.00 – 13.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน ,ผลไม้	ป้อนอาหารให้กับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหาร
13.00 – 16.00 น.	นอนพักผ่อน ดูโทรทัศน์	คอยดูแลและสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย	ห้องนั่งเล่น
16.00 – 17.00 น.	พาผู้ป่วยออกไปนอกบ้าน เช่น สวนสาธารณะ (จตุจักร) เป็นต้น	คอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด	พื้นที่ภายนอก
17.00 – 18.00 น.	อาบน้ำ		ห้องน้ำ
18.00 – 20.00 น.	รับประทานอาหาร	คอยป้อนอาหารให้กับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหาร
20.00 - 05.00 น.	นอนพักผ่อนเพียงเดียวกับผู้ดูแล ผู้ป่วยมักจะลุกเข้าห้องน้ำ	คอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด	ห้องนอน

ห้องนอน ปัจจุบันผู้ดูแลนอนร่วมเตียงกับผู้ป่วย และผู้ดูแลรอง นอนที่พื้น โดยจะนอนขวางทางเดินเพื่อป้องกันไม่ให้อาการผู้ป่วยเดินออกไปนอกห้องนอน ห้องนอนมีขนาดความกว้าง 4.00 เมตร ยาว 4.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 16.00 เมตร มีห้องน้ำอยู่ภายในห้อง

พื้นที่รับประทานอาหาร มีขนาดความกว้าง 4.00 เมตร ยาว 4.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 16.00 ตารางเมตร ผู้ป่วยมักจะมานั่งที่โต๊ะรับประทานอาหารเพื่อทำกิจกรรมกระตุ้นความจำ เช่น เล่นเกมส์เรียงไพ่ เป็นต้น โดยโต๊ะรับประทานอาหารสามารถรองรับได้ 8-10 คน



ภาพที่ 4.73 แสดงโต๊ะรับประทานอาหารที่สามารถรองรับคนได้ 8-10 คน

ห้องนั่งเล่น อยู่ใกล้กับพื้นที่รับประทานอาหาร มีขนาดความกว้าง 4.00 เมตร ยาว 4.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 16.00 ตารางเมตร ที่พื้นที่วางชุดเฟอร์นิเจอร์รับแขก 1 ชุด ปัจจุบันผู้ดูแลได้ย้ายที่ทำงานโดยนำชุดโต๊ะเก้าอี้ ทำงานมาวางไว้บริเวณนี้ เพื่อคอยดูแลและสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด



ภาพที่ 4.74 แสดงห้องนั่งเล่นที่ผู้ป่วยมักนอนที่โซฟาเป็นประจำ

ห้องน้ำ มีการแบ่งส่วนเปียกและส่วนแห้ง มีขนาดความกว้าง 2.00 เมตร ยาว 2.50 เมตร พื้นที่ประมาณ 5.00 ตารางเมตรมีการปลูกต้นไม้ใส่กระถางและเจาะช่องแสงที่ฝ้าเพดานเพื่อสร้างบรรยากาศให้ร่มรื่นรวมถึงมีการติดตั้งราวจับ เพื่อเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย



ภาพที่ 4.75 แสดงห้องน้ำที่มีการแยกส่วนเปียก ส่วนแห้ง และการจัดภูมิทัศน์

ทางเดินภายใน มีความกว้าง 1.00 -1.20 เมตร ผู้ป่วยสามารถเดินผ่านได้โดยสะดวก เนื่องจากมีการจัดวางเฟอร์นิเจอร์ที่เป็นระเบียบและไม่กีดขวางทางเดิน



ภาพที่ 4.76 แสดงประตูเข้าห้องน้ำ และทางเดินภายใน

กล่าวโดยสรุป ผลการเก็บข้อมูล พบว่า พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะต้องพึ่งพาบ้าง (ค่าคะแนน ADL อยู่ในช่วง 3-4 /6) มีระดับความจำอยู่ในระดับกลาง (ค่า GDS อยู่ในช่วง 4-5 /7) ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมอาการของโรคสมองเสื่อมมากขึ้น ได้แก่ มีอาการหวาดระแวง กลัวว่าจะมีผู้อื่นมาทำร้าย, หวงแหนทรัพย์สินสมบัติ, มักพูดเรื่องเหตุการณ์เดิมซ้ำๆในอดีต, ถามคำถามเดิมซ้ำๆหลายครั้ง, มีอาการเห็นภาพหลอนและแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว มีอาการหึงหวงสามีหรือภรรยาของตน สูญเสียความสามารถในการรับรู้สิ่งใหม่ๆ และไม่สามารถวางแผนหรือทำงานที่มีความซับซ้อนได้

ด้านสภาพสังคม เศรษฐกิจ ผู้ป่วยเริ่มมีพฤติกรรมไม่ชอบเข้าสังคม และมักเก็บตัวอยู่คนเดียวตามลำพัง ซึ่งในระยะนี้ผู้ดูแลจะมีภาวะความเครียด เพราะต้องรับภาระในการดูแลและจัดการกับพฤติกรรมปัญหามากขึ้น โดยผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ ชอบหรือคัดค้านสิ่งของแสดงอาการก้าวร้าว ไม่ชอบการอาบน้ำ จำไม่ได้ว่ารับประทานอาหารไปแล้วหรือยัง ในส่วนของค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจะเป็นหน้าที่ของบุตรหรือญาติของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยจะไม่สามารถรับรู้หรือวางแผน การคิดคำนวณเกี่ยวกับการใช้จ่ายต่างๆได้ โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในแต่ละเดือนประมาณ 15,000-20,000 บาทต่อเดือน

ด้านสภาพการอยู่อาศัย ผู้ป่วยจะพักอาศัยอยู่ในที่อยู่อาศัยเดิมกับญาติของตน โดยผู้ป่วยมักจะเก็บตัวอยู่ตามลำพังและไม่ชอบการมีสังคมเหมือนในช่วงแรกๆ และชอบทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ตนชอบอยู่ในห้องนอน ห้องพักผ่อน และพื้นที่สวนภายนอก ได้แก่ นั่งดูทีวีหรือรูปภาพของตนเองในอดีต, นอนพักผ่อนอยู่ที่โซฟาหรือเตียงนอนในห้องนั่งเล่น, ดูรูปภาพในหนังสือหรืออัลบั้มเก็บภาพที่ตนชอบ, ฟังเพลงคลาสสิกหรือเพลงบรรเลงที่ตนชอบ และชอบนั่งชมวิวอยู่ในสวนภายนอก ในส่วนของการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัย ผู้ดูแลจะคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยมากขึ้น โดยการติดตั้งทางลาดและราวจับในส่วนของห้องน้ำ ทางเดินภายในทางเข้าหลัก และมีการกำหนดพื้นที่หรือกั้นห้องนอนสำหรับผู้ป่วยขึ้นใหม่ กรณีที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ชั้นบนหรือมีปัญหาในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยใช้เก้าอี้รถเข็น นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่กระตุ้นความจำผู้ป่วย และคงความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยให้เป็นไปตามปกติ ได้แก่ การติดรูปภาพของคนในครอบครัวที่ผนังห้องนั่งเล่น และห้องนอน, การวางตู้ปลาไว้ในห้องนั่งเล่นเพื่อกระตุ้นการรับรู้, การใช้วัสดุเดียวกันกับประตูปิดผนังห้องนอนหรือห้องนั่งเล่น เพื่ออำพรางและป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยเดินหลงออกไปภายนอกห้อง, การจัดทำเดินให้กว้างโดยไม่มีสิ่งกีดขวาง และการเปิดเพลงหรือวิทยุ เพื่อช่วยลดพฤติกรรมปัญหาของผู้ป่วย

4.3.3 กลุ่มระยะสุดท้าย

ได้แก่ กรณีศึกษาที่ 11, กรณีศึกษาที่ 12, กรณีศึกษาที่ 13, กรณีศึกษาที่ 14, กรณีศึกษาที่ 15, กรณีศึกษาที่ 19 และกรณีศึกษาที่ 20

1) กรณีศึกษาที่ 11 อายุ 70 ปี

ที่อยู่ ถนนประชาชื่น เขตบางซื่อ

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วย เป็นเพศหญิง อายุ 70 ปี จบการศึกษาในระดับการศึกษาระดับปริญญาโท อาชีพเดิมรับราชการ เป็นนักวิทยาศาสตร์ ในกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ผู้ดูแลหลัก เป็นน้องสาวของผู้ป่วย อายุ 68 ปี จบการศึกษาในระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี เคยประกอบอาชีพเป็นสถาปนิก และรับราชการในสถานที่ราชการแห่งหนึ่ง

ระยะเวลาที่มีอาการป่วย 10 ปี

โรคประจำตัว โรคกระเพาะ และเบาหวาน

ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วย ต้องพึ่งพบบ้าง (ค่าคะแนน ADL = 4/6)

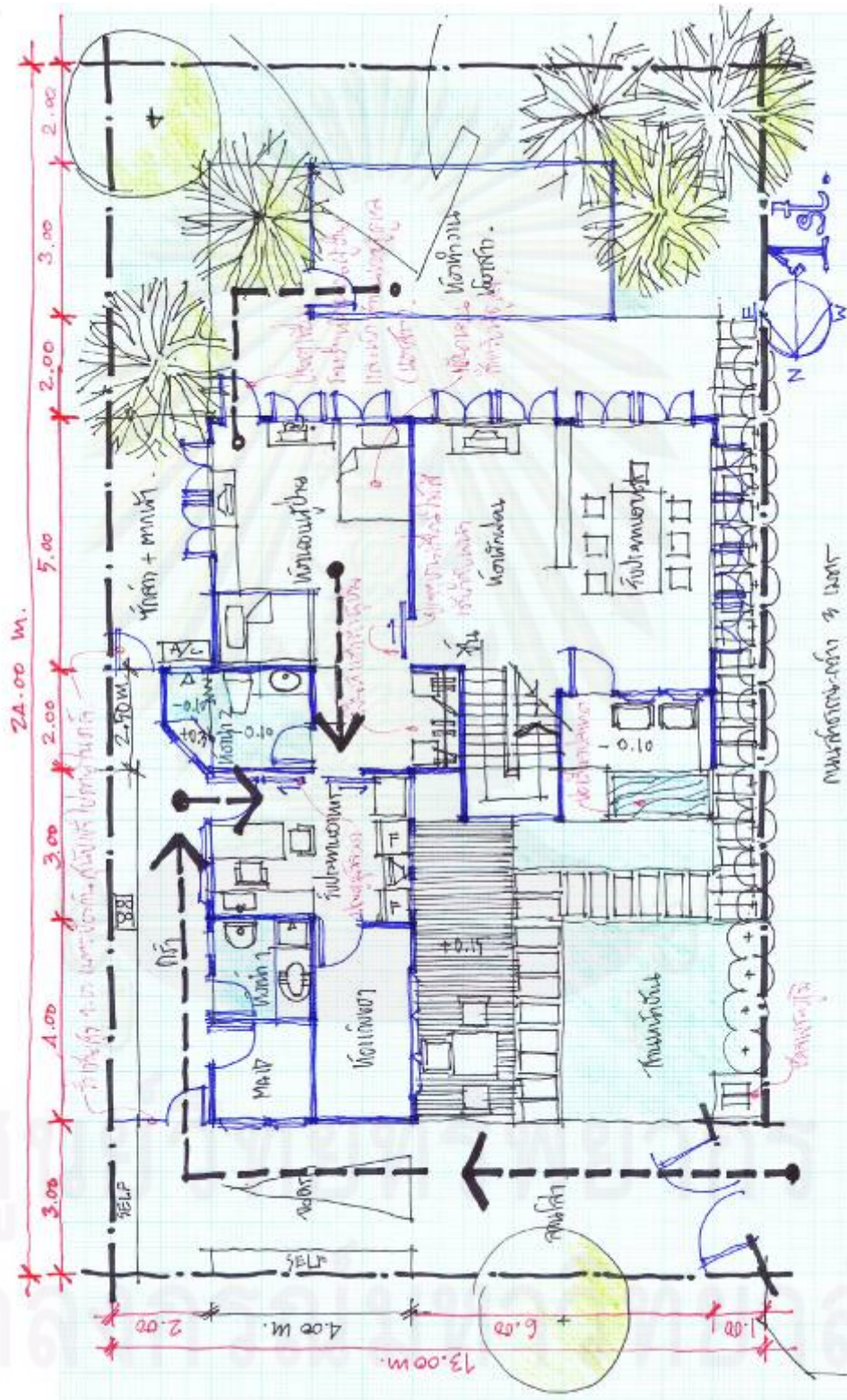
พฤติกรรมและอาการของโรค แต่เดิมผู้ป่วยเป็นคนที่เรียนหนังสือเก่ง ทำอาหารเก่ง เย็บปักถักร้อยเก่ง มีจิตใจเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ชอบช่วยเหลือและเลี้ยงสัตว์ โดยในวันหยุดของทุกๆเดือนจะนำอาหารไปเลี้ยงสัตว์เช่น แมวและสุนัขจรจัดเป็นประจำ นอกจากนี้ยังชอบช่วยเหลือเด็กและมอบทุนการศึกษาให้กับเด็กๆเป็นประจำเช่นกัน โดยมีได้หวังสิ่งตอบแทนแต่อย่างใด ตลอดระยะเวลาประกอบอาชีพรับราชการ ผู้ป่วยเป็นคนที่มีความรับผิดชอบ และเป็นพี่รักของเพื่อนร่วมงาน จนกระทั่งในวัยที่ใกล้เกษียณอายุราชการ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการของสมองเสื่อม กล่าวคือเริ่มมีอาการหลงลืม เดินออกนอกบ้านและจำทางเดินกลับบ้านไม่ได้ ความสนใจในการดูแลตนเองลดลง เริ่มมีการแสดงพฤติกรรมแปลกๆ อารมณ์ก้าวร้าว จนในที่สุดผู้ดูแลจึงได้พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ และได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นผู้ป่วยสมองเสื่อม ตั้งแต่ พ.ศ 2541

ช่วงประมาณ 4 ปีแรก ผู้ป่วยมีอาการลืมหยิบของจำไม่ได้ว่าซื้ออะไรมา อาการไม่ดูแลตนเอง เช่น ไม่สระผม ไม่อาบน้ำ แปรงฟัน ชอบใส่เสื้อผ้าซ้ำๆ บางตัวใส่ไปแล้วก็นำกลับมาใส่อีกครั้ง อาการลืมนิสัยชอบ ไม่รู้ว่าจะต้องขับอย่างไรไปทางไหนจำทางกลับบ้านไม่ถูก

ระยะต่อมา ผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว พูดซ้ำๆ ช่วงนี้ผู้ดูแลจะเครียดมาก ซึ่งวิธีแก้ปัญหของผู้ดูแลคือการลดการเผชิญหน้า และเบี่ยงเบนความสนใจ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว 2 โรค คือ โรคกระเพาะ และโรคเบาหวาน ผู้ป่วยยังสามารถสื่อสารด้วยการพูด สนทนาได้บางเวลา สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้บ้าง เช่น รับประทานอาหาร ขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระเองได้

การป้องกันและการรักษา รักษาโดยการให้ยารักษาโรคสมองเสื่อม โรคกระเพาะ และโรคเบาหวาน รวมถึงวิตามินต่างๆ ตามที่แพทย์แนะนำ โดยผู้ดูแลจะพยายามให้ผู้ป่วยทำกิจวัตร

ประจำวันด้วยตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การเดินไปเข้าห้องน้ำ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดความทรงจำ และรักษาความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายให้เป็นไปตามปกติ



แผนผังที่ 4.14 แสดงผังบริเวณที่อยู่อาศัยของกรณีศึกษาที่ 11

สภาพสังคม เศรษฐกิจ รายได้ครัวเรือนประมาณ 40,000 บาท โดยได้จากเงินบำนาญของผู้ป่วยและผู้ดูแลคนละประมาณ 20,000 บาท/เดือน ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่จะเป็นค่าของใช้ เช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เสื้อผ้า เป็นต้น ส่วนค่ารักษาพยาบาลสามารถเบิกได้

ตารางที่ 4.15 แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 11 และผู้ดูแล

ช่วงเวลา	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	พื้นที่ใช้สอย
06.00-7.00 น.	ตื่นนอน, นั้งพัก	เตรียมอาหารเช้าให้ผู้ป่วย	ห้องนอน
08.00-08.30 น.	อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน	ดูแลผู้ป่วย	ห้องน้ำ
09.00-10.00 น.	รับประทานอาหารเช้า	ป้อนอาหารให้ผู้ป่วย	รับประทานอาหารเช้า
12.00-14.00 น.	ฟังเพลงลีลาส (สุนทราภรณ์)	ทำงานบ้าน, อาบน้ำ	ห้องนอน
14.00-14.30 น.	รับประทานผลไม้และอาหารว่าง	ป้อนอาหารเสริม	ห้องนอน
17.00-18.00 น.	รับประทานอาหารเช้า, อาหารเสริม	ป้อนอาหารเสริม	ห้องนอน
18.00-19.00 น.	เดินออกกำลังกายรอบชุมชน	พาผู้ป่วยเดินออกกำลังกาย	พท.ภายนอก
19.00-19.30 น.	รับประทานยา	ป้อนยา	ห้องนอน
21.00-22.00 น.	อาบน้ำ ถ่ายบัสสวาระ อูจจาระ	พาผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ	ห้องน้ำ
22.00-06.00 น.	นอนพักผ่อน	นอน,พาเข้าห้องน้ำ	ห้องนอน

สภาพการอยู่อาศัย สภาพที่อยู่อาศัยเป็นบ้านไม้ 2 ชั้น มีบริเวณสวนโดยรอบ ผู้ป่วยเป็นเจ้าของ โดยมียพื้นที่ใช้สอยทั้งหมด ประมาณ 280 ตรม. เป็นอาคารคสล.กึ่งโครงสร้างไม้ 2 ชั้น ชั้นล่างมีพื้นที่ประมาณ 154 ตรม. ประกอบด้วย สวนภายนอก, ครัวไทย, ห้องนั่งเล่น, ห้องพักผ่อน, พื้นที่รับประทานอาหารเช้า และห้องนอนผู้ป่วย ส่วนชั้นบนจะเป็นห้องนอนและห้องเก็บของของผู้ดูแล

สภาพแวดล้อมภายในบ้านทั่วไป เป็นบ้านไม้สองชั้น ภายในบริเวณบ้านชั้นล่างมีการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เอื้ออำนวยและสะดวกต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม อาทิ เช่น มีการปรับเปลี่ยนห้องรับแขกซึ่งอยู่บริเวณชั้นล่างของบ้านให้เป็นห้องนอน มีการจัดวางตำแหน่งของเตียงนอนที่ทำให้ผู้ดูแลสามารถมองเห็นผู้ป่วยสมองเสื่อมได้เกือบตลอดเวลา มีการนำรูปภาพเก่าๆในอดีต รวมถึงการนำเครื่องเล่นเทป และเทปเพลงบรรเลงมาเปิดให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ฟัง เพื่อเป็นการส่งเสริมความจำ และกระตุ้นการรับรู้ของผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง รวมถึงมีการนำเบาะที่มีความหนาพอสมควร มาวางบริเวณใกล้เตียงของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการตกเตียงในขณะที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมนอนหลับ นอกจากนี้ยังมีการปรับเปลี่ยนลักษณะของประตูบ้านโดยใช้วัสดุที่มีลักษณะและสีคล้ายกับผนังของบ้าน เพื่อเป็นการพรางตา ป้องกันผู้ป่วยสมองเสื่อมเดินหนีออกนอกบริเวณบ้าน เนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อมรายนี้เคยมีประวัติเดินออกนอกบ้าน และจำทางเดินกลับบ้านไม่ได้ นอกจากนี้ภายในบริเวณเดียวกันจะเป็นห้องน้ำ ซึ่งอยู่ติดกับเตียงนอนของ

ผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยระยะทางในการเดินจากเตียงนอนไปห้องน้ำจะยาวประมาณ 2 เมตร และเดินต่อไปอีก 2 เมตร จะเป็นห้องครัวที่สมาชิกภายในบ้านสามารถรับประทานอาหารร่วมกันได้ โดยการปรับปรุงลักษณะดังกล่าว ทำให้ง่ายต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยสมองเสื่อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในแต่ละวันได้สะดวกมากขึ้น

สวนภายนอก อยู่ใกล้กับทางเข้า-ออกหลักของบ้าน มีส่วนระเบียงนั่งพักผ่อนภายในสวน ขนาดพื้นที่ประมาณ 40 ตรม. มีชุดโต๊ะ-เก้าอี้นั่งพักผ่อนรองรับได้ 4-6 คน ตำแหน่งที่วางชุดโต๊ะ-เก้าอี้มีหลังคาคลุมโครงหลังคายึดติดกับตัวบ้าน และมองเห็นวิวสวนได้โดยรอบ



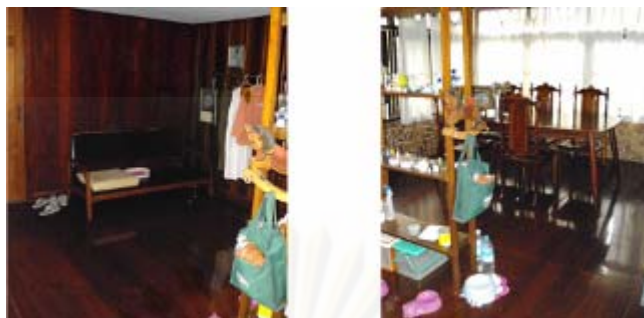
ภาพที่ 4.77 แสดงระเบียงบ้านที่เชื่อมกับสวนหน้าบ้าน

พืชพรรณภายในสวนตกแต่งไปด้วยไม้ดอก ไม้ประดับ ส่วนใหญ่ปลูกอยู่ในกระถางหรือกระบะไม้ ทางเดินภายในสวนปูด้วยกระเบื้องแผ่นทางเดินและโรยกรวด ทางเดินมีลักษณะพื้นผิวขรุขระ ภายในสวนมีบ่อเลี้ยงปลา



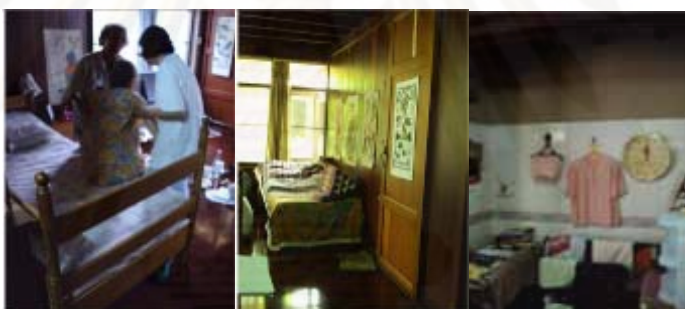
ภาพที่ 4.78 แสดงสวนภายนอกบริเวณด้านหน้าที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย

ห้องนั่งเล่น มีขนาดพื้นที่ประมาณ 15 ตรม.เชื่อมต่อกับพื้นที่นั่งรับประทานอาหาร ตกแต่งด้วยเฟอร์นิเจอร์ที่ใช้วัสดุเป็นไม้ เช่น เก้าอี้หนัง ชั้นโซฟาเครื่องแก้ว เป็นต้น ผนักห้องติดภาพในอดีตของครอบครัว ปัจจุบันห้องนั่งเล่นใช้เป็นพื้นที่นั่งพักผ่อน ดูทีวีของผู้ดูแล



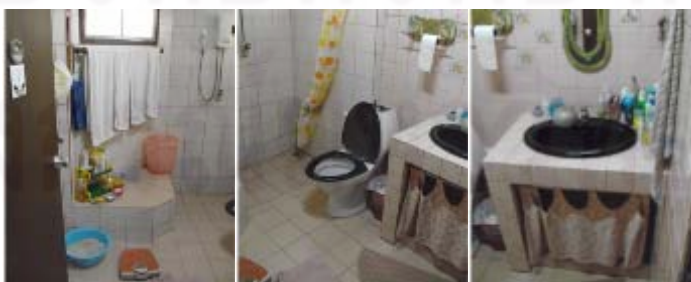
ภาพที่ 4.79 แสดงห้องนั่งเล่น และห้องรับประทานอาหาร

ห้องนอน พื้นที่ประมาณ 20 ตรม. อยู่ติดกับห้องน้ำและห้องพักผ่อน แต่เดิมห้องนอนผู้ป่วยเป็นห้องพักผ่อนไม่มีผนังกัน แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ดูแลตนเองจนบางครั้งไม่ได้ใส่เสื้อผ้าและเดินอยู่ภายในบ้าน ผู้ดูแลจึงได้ต่อเติมบ้านโดยการทำผนังกันห้องในส่วนของห้องนอนผู้ป่วยและห้องพักผ่อน ในส่วนของเฟอร์นิเจอร์ภายในห้องนอนผู้ป่วยประกอบด้วย ตู้วางของบริเวณหัวเตียง วิทยุและโทรทัศน์ ราวแขวนเสื้อ และโต๊ะเครื่องแป้ง



ภาพที่ 4.80 แสดงสภาพห้องนอนของผู้ป่วย

ห้องน้ำ อยู่ภายในห้องนอนของผู้ป่วย ประกอบด้วย เคาน์เตอร์อ่างล้างหน้า โถสุขภัณฑ์ และพื้นที่อาบน้ำฝักบัว ขนาดพื้นที่ประมาณ 4.5 ตรม. ประตูห้องน้ำมีความกว้าง 80 ซม. โดยพื้นห้องน้ำและพื้นห้องนอนมีระดับต่างกัน 10 ซม. เคาน์เตอร์อ่างล้างหน้ามีความสูง 70 ซม. ไม่มีตู้ใต้เคาน์เตอร์ ติดกระจกเงาขนาด 20x40 ซม. เหนือเคาน์เตอร์ ฝารองนั่งโถสุขภัณฑ์ใช้สีที่ติดกับตัวสุขภัณฑ์ พื้นส่วนอาบน้ำมีการลดระดับ 10 ซม. และใช้ผ้าม่านกันพื้นที่อาบน้ำ



ภาพที่ 4.81 แสดงพื้นที่อ่างล้างหน้า โถสุขภัณฑ์ และพื้นที่อาบน้ำฝักบัว

ห้องครัว ห้องครัวอยู่ติดกับที่จอดรถและพื้นที่รับประทานอาหาร ลักษณะเป็นครัวไทยแยกออกมาจากตัวบ้าน ขนาดพื้นที่ประมาณ 10 ตรม.



ภาพที่ 4.82 แสดงครัวไทยที่มีการต่อเติมบริเวณด้านหลังที่อยู่อาศัย

ห้องรับประทานอาหาร อยู่ติดกับห้องนอนและห้องครัว โดยมีขนาดพื้นที่ประมาณ 9 ตรม. เพอร์นิเจอร์ประกอบด้วย ชุดโต๊ะเก้าอี้รองรับได้ 2-3 คน ชุดอ่างล้างจานและตู้เก็บของใช้ ผู้ดูแลและกับผู้ป่วยจะนั่งรับประทานอาหารร่วมโต๊ะเดียวกัน



ภาพที่ 4.83 แสดงชุดโต๊ะ-เก้าอี้รับประทานอาหารรองรับได้ 2-3 คน

ทางเดินภายใน มีความกว้างประมาณ 1.00-1.20 เมตร ลักษณะทางเดินคดเคี้ยว มีการวางเพอร์นิเจอร์ในตำแหน่งต่างๆ ตามทางเดินภายในบ้าน



ภาพที่ 4.84 แสดงทางเดินจากห้องนอนไปพื้นที่รับประทานอาหาร

2) กรณีศึกษาที่ 12 อายุ 86 ปี

ที่อยู่ บ้านเดี่ยวแยกหลัง ในที่ดินเดียวกัน เขตบางพลัด

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วย เป็นเพศหญิง อายุ 86 ปี ภูมิลำเนาเดิมเป็นคนจังหวัดปทุมธานี แต่งงาน และมีบุตรด้วยกันทั้งหมด 6 คน เสียชีวิตไปแล้ว 2 คน ก่อนผู้ป่วยจะบวชและจำพรรษาอยู่ที่วัดหินหมากเป้ง ผู้ป่วยเคยประกอบอาชีพค้าขาย โดยเริ่มจากการค้าขายผักในตลาด ด้วยความที่เป็นคนขยัน ทำให้สามารถขยายกิจการการค้า จากการค้าขายเล็กๆน้อยๆมาเป็นการค้าขายที่ต้องลงทุนมากยิ่งขึ้น โดยเริ่มจากการต่อเรือ การดูดทราย และอาชีพสุดท้ายก่อนที่ผู้ป่วยจะ

หันหน้าเข้าหาพระพุทธศาสนา คือการทำแระตีบุก เนื่องจากไม่มีความรู้ในการทำแระตีบุก ประกอบกับเริ่มเบื่อกับการทำงานและนิสัยส่วนตัวเดิมเป็นคนที่ชอบทำบุญ จึงทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจบวช กับหลวงปู่เทศน์ที่วัดหินหมากเป้ง จังหวัดหนองคาย เป็นระยะเวลา 15 ปี

สำหรับลักษณะนิสัยส่วนตัวเดิมของผู้ป่วยนั้น เป็นคนที่มีความขยันขันแข็ง ทำงานตลอดเวลา โรคประจำตัวมีเพียงโรคไขมันในเส้นเลือดสูง และความดันโลหิตสูง โดยทั่วไปเป็นคนที่มีจิตใจโอบอ้อมอารี ชอบการทำบุญ และชอบช่วยเหลือคนอื่นอยู่เสมอๆ และที่สำคัญเป็นคนที่มีจิตใจโอบอ้อมอารี ชอบการทำบุญ และชอบช่วยเหลือคนอื่นอยู่เสมอๆ และที่สำคัญเป็นคนที่มีโอกาส ไม่ว่าจะเป็นการกำลังกายหรือกำลังทรัพย์ ต่อเมื่ออายุได้ 65 ปี ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกเบื่อกับการทำงาน และนิสัยส่วนตัวชอบศึกษาธรรมะอยู่แล้วจึงตัดสินใจบวชตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา จนกระทั่งอายุได้ 80 ปี ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเจ็บป่วย มีอาการเหนื่อยง่าย แน่นหน้าอก ลูกๆเกรงว่าหากผู้ป่วยมีอาการมากขึ้นจะไม่มีใครดูแลช่วยเหลือ จึงเห็นสมควรว่า ควรรับผู้ป่วยกลับมาอยู่ที่บ้าน แต่การที่จะให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่ที่บ้านนั้นไม่ใช่เรื่องง่าย เนื่องจากเคยชินกับสถานที่เดิมๆ และยังคงต้องการศึกษาธรรมะกับหลวงปู่เทศน์อยู่ จึงทำให้ผู้ป่วยยังคงปฏิบัติธรรมอยู่ที่วัดหินหมากเป้ง โดยการดูแลส่วนหนึ่งจะได้รับความช่วยเหลือจากผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ด้วยกัน

แต่พอหลังจากที่ปู่เทศน์ท่านมรณภาพ ทำให้ไม่มีแรงยึดเหนี่ยวจิตใจและไม่มีใครคอยสอนเกี่ยวกับธรรมะ จึงทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจยอมกลับมาอยู่ที่บ้านสวนที่จังหวัดปทุมธานี แต่พอกลับมาได้สักพัก แม่เริ่มมีอาการหลงๆลืมๆ และอยากกลับบ้านตลอดเวลา ถามซ้ำ และวางของผิดที่อยู่บ่อยครั้ง กลับเป็นคนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในบางเรื่อง เช่นบางครั้งพูดจาหยาบคายทำให้ผู้ดูแลรู้สึกน้อยใจอยู่บ่อยครั้ง จนกระทั่งได้ไปพบอาจารย์สิรินทร ซึ่งเป็นแพทย์ที่ให้การรักษาเกี่ยวกับโรคผู้สูงอายุ เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย โดยช่วงนั้นได้มีอาการสมองเสื่อม จนอาจารย์สิรินทรสังเกตได้ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่อายุได้ 80 ปี

ผู้ดูแลหลัก เป็นลูกสาวของผู้ป่วย อายุ 69 ปี เป็นบุตรคนที่ 2 ของผู้ป่วย เดิมประกอบอาชีพรับราชการครู สอนในระดับประถมศึกษา ปัจจุบันเกษียณออกจากราชการและมาประกอบอาชีพชาวสวนเช่นกัน ภายหลังจากที่กลับมาอยู่ที่บ้านสวน ได้ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเจ็บป่วย โดยจะดูแลในช่วงกลางวันตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ ส่วนในวันเสาร์และวันอาทิตย์จะเป็นลูกสาวของคุณโกสุ่มเข้ามาช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแล สำหรับบทบาทในช่วงแรกของการดูแล ภายหลังจากที่ผู้ป่วยเริ่มช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงและกลับมาอยู่ที่บ้านสวน ลูกสาวของผู้ป่วยได้ทำหน้าที่ของตนเองในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เนื่องจาก โดยส่วนตัวรัก และเคารพในตัวผู้ป่วยอยู่แล้ว และคิดว่าเป็นหน้าที่ที่ลูกสะใภ้ควรปฏิบัติ ประกอบกับ มีความศรัทธาในตัวของผู้ป่วย จึงทำให้สามารถดูแล และอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ ซึ่งบางครั้งในการดูแล จะทำให้รู้สึกท้อและเหนื่อยบ้าง อย่างไรก็ตามลูกสาวของผู้ป่วยก็จะได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัวอยู่เสมอๆ

ผู้ดูแลรอง ลูกชายของผู้ป่วย ปัจจุบันอายุ 70 ปี เป็นบุตรคนที่ 3 ของผู้ป่วยลำไย เดิมเคยประกอบอาชีพรับราชการอยู่ที่การไฟฟ้า ปัจจุบันเกษียณออกจากราชการมาประกอบอาชีพชาวสวน เนื่องจากมีบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบเหมาะสมกับการดูแลและการปฏิบัติธรรมของผู้ป่วย จึงทำให้ลูกๆคนอื่นตัดสินใจพาผู้ป่วยกลับมาอยู่ที่บ้านสวน โดยตลอดระยะเวลาของการดูแล ได้ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือ และเป็นที่ปรึกษา และให้กำลังใจครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และเข้ามาแบ่งเบาภาระในการดูแลหากคนในครอบครัวรู้สึกเหนื่อยล้าจากการดูแลมากเกินไป ส่วนผู้ดูแลรองอีกคนเป็นหลานสาวของผู้ป่วย ปัจจุบันอายุ 47 ปี จบการศึกษา พยาบาลเทคนิค 2 ปี ที่จังหวัดนครศรีธรรมราช และปริญญาตรี สาขาจิตวิทยาสังคม จากมหาวิทยาลัยรามคำแหง ในอดีตเคยทำงาน ในตำแหน่งพยาบาลเทคนิค ที่โรงพยาบาลราชวิถี หลังจากนั้นได้ลาออกมาทำงานในตำแหน่ง นักจิตวิทยา และทำงานด้านวิชาการที่สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุจนถึงปัจจุบัน นางสาวจิตินภา ทำหน้าที่ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย โดยจะช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลในช่วงวันเสาร์ และวันอาทิตย์ เนื่องจากต้องการให้ผู้ดูแลหลักได้มีเวลาในการพักผ่อนบ้าง และเนื่องจากเป็นผู้ที่มีความรู้และศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุอยู่เสมอๆ จึงทำให้มีความเข้าใจ และนำเทคนิค การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมถ่ายถอดให้กับคนในครอบครัว

ระยะเวลาที่มีอาการป่วย 8 ปี, โรคประจำตัว ไ้ไขมันในเลือดสูง

ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วย ต้องพึ่งพาบ้าง (ค่าคะแนน ADL = 4/6)

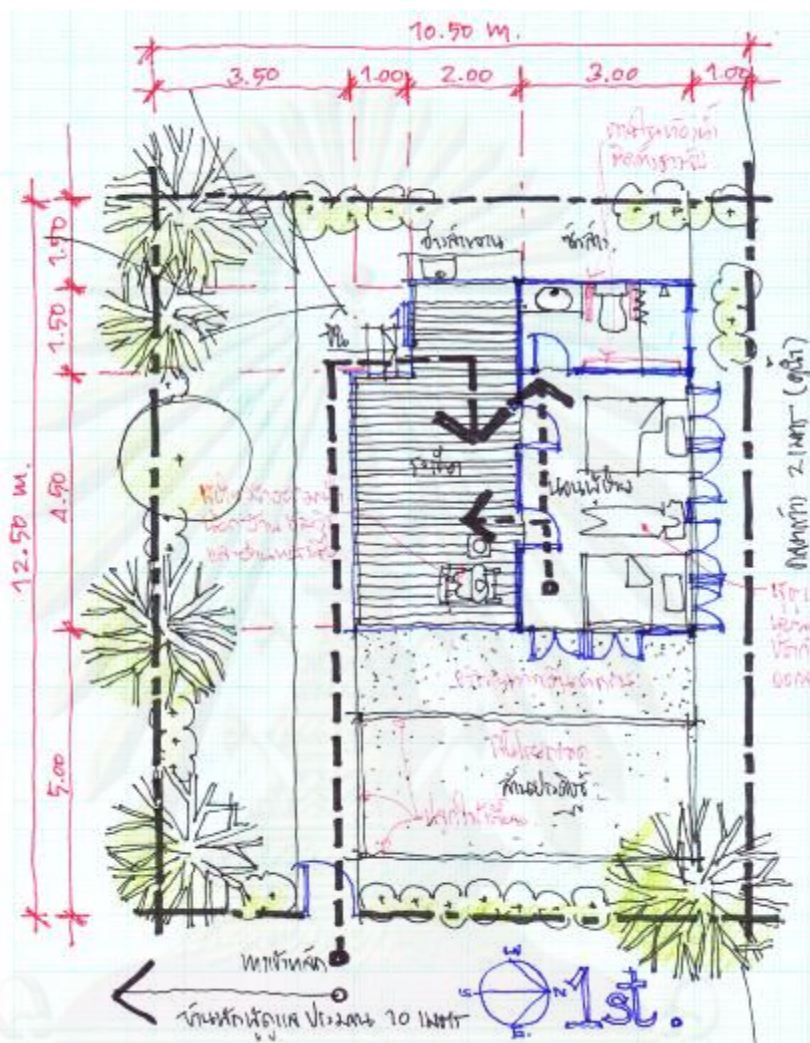
พฤติกรรมและอาการของโรค ช่วงแรก 4 ปีแรก ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า มักนั่งร้องไห้ตามลำพังอยู่บ่อยครั้ง, และมักหลงๆลืมๆว่าวางสิ่งของไว้ที่ใด เช่น ผู้ป่วยมักเป็นคนชอบลืตเตอร์ และเมื่อหาลืตเตอร์ไม่พบ ก็มักจะอ้างว่ามีคนเอาไปซ่อนทั้งที่ผู้ป่วยเป็นคนเก็บเอาไว้อย่างเป็นต้น ส่วนกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การล้างหน้า, แปรงฟัน, อาบน้ำ ยังคงทำได้เองในช่วงนี้ ยกเว้นการอาบน้ำหรือการโทรศัพท์ ผู้ป่วยจะไม่สามารถทำได้เองโดยลำพัง

ปัจจุบัน ผู้ป่วยมักมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร คือ ไม่ค่อยพูดสนทนาพูดน้อยลง และเงียบเป็นส่วนใหญ่, และมีปัญหาในเรื่องของการกลืนอาหาร ลืมวิธีกินอาหาร ผู้ป่วยมักไม่ยอมเคี้ยวอาหารหรือเคี้ยววนวนไม่ยอมกลืน

การป้องกันและการรักษา รักษาตามอาการของโรค โดยการให้ยารักษาและข้อแนะนำในการดูแล ได้แก่ ยารักษาโรคไขมันในเลือดสูง และการดูแลผู้ป่วยด้วยความใส่ใจ โดยผู้ดูแลจะคอยให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อมีอาการซึมเศร้า รวมถึงได้มีการกระตุ้นความจำให้กับผู้ป่วย โดยการเล่าเหตุการณ์ในอดีตให้ผู้ป่วยฟังอยู่เป็นประจำ และคงกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยให้เป็นไปตามปกติ

สภาพสังคม เศรษฐกิจ ปัจจุบันสมาชิกในครัวเรือนมีจำนวน 5 คน ประกอบด้วย ลูกชาย, ลูกสะใภ้, หลานสาว, ผู้ป่วย (ผู้ป่วย) และลูกจ้าง โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจะเป็นหน้าที่ของลูกสะใภ้และหลานสาวเป็นส่วนใหญ่ ส่วนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยนั้น มาจากเงินเก็บของผู้ป่วยเองในสมัย

ตอนที่ยังเป็นหนุ่มสาว เพราะในอดีตผู้ป่วยประกอบอาชีพค้าขาย มีรายได้มากมาย จึงมีเงินเก็บ และที่ดินรวมมูลค่ากว่า 10 ล้านบาท ทำให้ไม่มีปัญหาในเรื่องของค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา



แผนผังที่ 4.15 แสดงผังบริเวณที่อยู่อาศัยของกรณีศึกษาที่ 12

สภาพการอยู่อาศัย ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยลักษณะเป็นบ้านไม้ชั้นเดียวยกพื้นสูง 0.60 เมตร แยกออกมาจากเรือนใหญ่อยู่ในที่ดินเดียวกัน ซึ่งลูกชายผู้ป่วยเป็นคนปลูกสร้างไว้ให้ โดยมีการกันรั้วโดยรอบเพื่อเป็นพื้นที่สร้างความสงบเป็นส่วนตัว และเป็นพื้นที่ในการประกอบกิจกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติธรรม เช่น การเดินจงกรม เป็นต้น พื้นที่ใช้สอยภายในบ้านประกอบด้วย ห้องนอน, ห้องน้ำ และระเบียงบ้าน พื้นที่รวมประมาณ 36.00 ตารางเมตร

ตารางที่ 4.16 แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 12 และผู้ดูแล

ช่วงเวลา	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	พื้นที่ใช้สอย
03.00 – 04.00 น.	ตื่นนอน, เดินจงกรม	คอยดูแลผู้ป่วย	สวนภายนอก
04.00 – 05.00 น.	ทำกิจวัตรส่วนตัว	คอยดูแลผู้ป่วย	ห้องน้ำ

05.00 – 07.00 น.	สวดมนต์และทำวัตรเช้า	เตรียมอาหารเช้าให้กับผู้ป่วย	ระเบียง
07.00 – 08.00 น.	รับประทานอาหารเช้า	คอยดูแลผู้ป่วย	ระเบียง
08.00 – 12.00 น.	ฟังธรรมะ, ชมวิวอยู่ที่ระเบียงบ้าน	คอยดูแลผู้ป่วย, เตรียมอาหารเช้าให้กับผู้ป่วย	ระเบียง
12.00 – 13.00 น.	รับประทานอาหารเช้า	คอยดูแลผู้ป่วย	ระเบียง
13.00 – 20.00 น.	ฟังธรรมะ, ชมวิวอยู่ที่ระเบียงบ้าน, เดินจงกรม, รดน้ำต้นไม้ และทำวัตรเย็น	อ่านหนังสือ บางครั้งก็เล่าเหตุการณ์ในอดีตให้ผู้ป่วยฟังเพื่อกระตุ้นความจำ	ระเบียง
20.00 – 21.00 น.	รับประทานนม, เครื่องดื่มชง	เตรียมอาหารให้ผู้ป่วย	ระเบียง
21.00 – 03.00 น.	นอนพักผ่อน	นอนพักผ่อน	ห้องนอน

สวนภายนอก สวนภายนอกจะอยู่ใกล้กับทางเข้าออกหลัก สามารถมองเห็นได้จากระเบียงบ้าน ประกอบด้วยไม้ดอกไม้ประดับ และไม้ยืนต้น โดยจะปลูกบริเวณริมรั้วยาวตลอดแนว สวนมีขนาดความกว้าง 4.00 เมตร ยาว 12.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 48.00 ตารางเมตร



ภาพที่ 4.85 แสดงสวนภายนอกที่มองเห็นได้จากระเบียงบ้าน

พื้นที่นั่งเล่น และพื้นที่รับประทานอาหาร ใช้ร่วมกันที่บริเวณระเบียงบ้าน ผู้ป่วยมักจะออกมาพักผ่อนที่บริเวณนี้ในช่วงเช้าถึงช่วงเย็นของในแต่ละวัน โดยระเบียงมีขนาดความกว้าง 3.00 เมตร ยาว 6.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 18.00 เมตร



ภาพที่ 4.86 แสดงระเบียงบ้านที่ผู้ป่วยมักออกมาใช้ทำกิจกรรมในแต่ละวัน

ห้องนอน ประกอบด้วยเตียงนอน 1 ชุดสำหรับผู้ป่วย ส่วนผู้ดูแลจะปูนอนที่พื้นห้อง ขวางทางเดินใกล้กับเตียงของผู้ป่วย เพื่อคอยดูแลเวลาผู้ป่วยลุกออกจากเตียงเข้าห้องน้ำในช่วงเวลากลางคืน ห้องนอนผู้ป่วยมีขนาดความกว้าง 3.00 เมตร ยาว 6.00 เมตร พื้นที่ 18.00 ตรม.



ภาพที่ 4.87 แสดงเตียงนอนของผู้ป่วย และประตูเข้าห้องนอน

ทางเดินภายนอก ทางเดินภายนอกมีความกว้างประมาณ 1.00 – 1.20 เมตร ใช้วัสดุปูพื้นเป็นกระเบื้องปูพื้นทางเดินขนาด 30x30 เซนติเมตร และโรยกรวด ผู้ป่วยจะใช้ทางเดินภายนอกเป็นประจำทุกวันเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ เช่น เดินจงกรม, รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น



ภาพที่ 4.88 แสดงพื้นที่เดินจงกรม และทางเดินโดยรอบบริเวณสวนภายนอก

3) กรณีศึกษาที่ 13 อายุ 89 ปี

ที่อยู่ บ้านทรงไทยยกใต้ถุนสูง ติดริมแม่น้ำเจ้าพระยา เขตบางซื่อ

ระยะเวลาที่มีอาการป่วย 19 ปี, **โรคประจำตัว** โรคพาร์กินสัน, โรคเส้นเลือดในสมองตีบ และโรคต่อมลูกหมากโต, **ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วย** ต้องพึ่งพาอย่างมาก(ค่าคะแนนADL = 6/6)

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วย เป็นเพศชาย อายุ 89 ปี อดีตเคยรับราชการในกองทหารมหาดเล็ก รักษาพระองค์ ปัจจุบันมีบุตร 5 คน เป็นหญิงทั้งหมด โดยมีบุตรคนสุดท้ายเป็นผู้ดูแลหลัก เนื่องจากมีลูกมาก ทำให้ผู้ป่วยลาออกจากการรับราชการทหาร มาประกอบอาชีพทำนา ทำสวน เพื่อเลี้ยงดูลูก ๆ ในอดีตผู้ป่วยเป็นคนที่มีสุขภาพแข็งแรงมาก ไม่เคยเจ็บป่วย ลักษณะนิสัยเดิมเป็นคนเจ้าระเบียบ เสื้อผ้าที่ใส่ทุกตัวต้องรีดให้เรียบร้อย และต้องดูดีเสมอ เป็นคนที่พูดน้อย เงียบขรึม

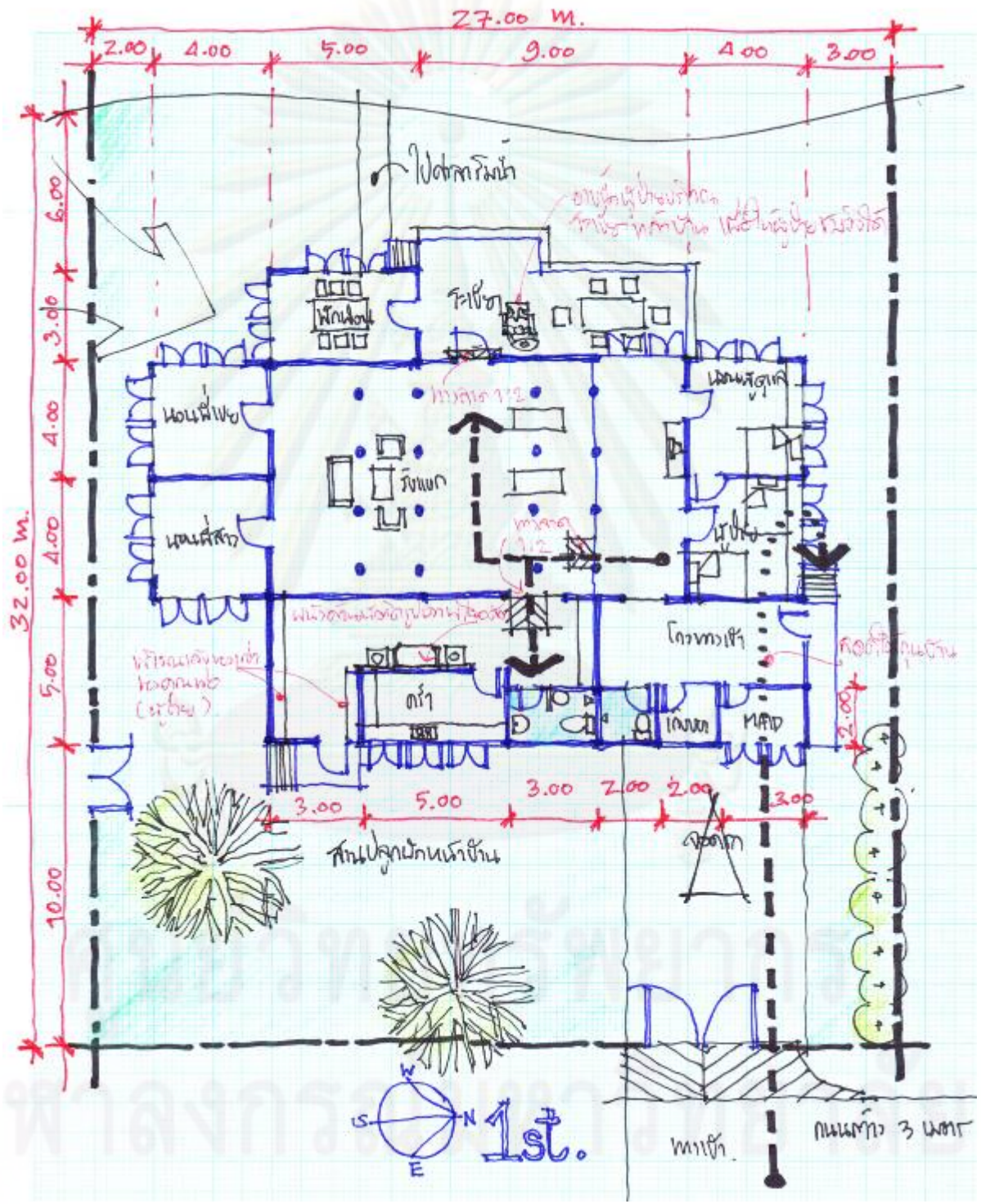
ขยันทำงานออกไปทำงานแต่เช้า รักครอบครัว ที่สำคัญเป็นคนชอบทำบุญ จนกระทั่งอายุได้ 70 ปี ผู้ป่วยเริ่มมีอาการป่วยด้วยโรคเส้นเลือดในสมองตีบ รักษาด้วยการรับประทานยาละลายลิ่มเลือด มาโดยตลอด และต้องเข้าออกโรงพยาบาลอยู่เป็นประจำ ตลอดช่วงระยะเวลาของการรักษาที่ผ่านมา ไม่ได้ช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นแต่อย่างใด กลับทำให้อาการต่าง ๆ แย่ลงอย่างเห็นได้ชัด คุณทองเริ่มถามซ้ำ ๆ กลับไปกลับมา ความสนใจในตนเองลดลงโดยเฉพาะการอาบน้ำ ซอบวางของผิดที่และบางครั้งก็นำไปซ่อน และหาไม่เจออยู่บ่อยครั้ง ไม่ค่อยนอนหลับในเวลากลางคืน เดินไปเดินมา อาการเหล่านี้เริ่มทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียด และตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนในที่สุด ได้มารักษาและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสมองเสื่อม และเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่ด้วยภาวะของโรคและสุขภาพร่างกายที่เริ่มอ่อนแอ ทำให้ผู้ป่วยเริ่มมีปัญหาติดเชื้อที่ปอด เนื่องจากความสามารถในการกลืนลดลงและสำลักอาหารอยู่บ่อยครั้ง

ผู้ดูแล เป็นลูกสาวของผู้ป่วย อายุ 46 ปี สถานภาพโสด จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง เคยประกอบอาชีพเปิดบริษัทรับจัดสวน แต่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ คือป่วยเป็นโรคลูบัส และต้องนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลอยู่เป็นเวลานานหลายเดือน ทำให้ต้องออกจากงานเนื่องจากสุขภาพไม่เอื้ออำนวยประกอบกับในช่วงที่ตนเองเจ็บป่วย ธุรกิจการจัดสวนประสบปัญหาผลจากการรักษาด้วยยารักษาโรคลูบัส ทำให้มีปัญหาจอประสาทตาเสื่อม ปัจจุบันตาข้างขวามองไม่เห็น ส่วนตาข้างซ้ายสามารถมองเห็นได้ แต่ไม่เหมือนกับสายตาคอนปกติ ประกอบในช่วงนั้น ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเจ็บป่วย คือมีอาการของเส้นเลือดในสมองตีบ ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง คนในครอบครัวจึงตัดสินใจออกจากงานและกลับมาดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเห็นว่าไม่มีภาระ และไม่ได้แต่งงาน โดยค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยนั้น มาจากการขายที่ดิน ซึ่งเป็นสมบัติของผู้ป่วยเอง และมาจากการช่วยเหลือของลูก ๆ บ้าง ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเริ่มเจ็บป่วย รวมระยะเวลาทั้งหมด 7 ปี โดยตลอดระยะเวลา ในการดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความใส่ใจ ถึงแม้ว่าการดูแลในระยะแรก จะเป็นไปด้วยความยากลำบาก เนื่องจากไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออก

พฤติกรรมและอาการของโรค ในระยะแรกๆ ผู้ป่วยได้ป่วยเป็นโรคเส้นเลือดในสมองตีบมีอาการหน้ามืดเวียนศีรษะ และเป็นลมบ่อยๆ สาเหตุมาจากการชอบทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ และเค้กบ่อยๆ ซึ่งเป็นอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง ตอนมาเริ่มมีอาการของโรคสมองเสื่อม คืออาการชอบพูดซ้ำๆ โดยเฉลี่ยในแต่ละวันจะพูดเรื่องเดิมประมาณ 20 ครั้ง, พฤติกรรมในการดูแลตนเองเปลี่ยนไป เช่น ไม่ชอบอาบน้ำ และใส่เสื้อผ้าตัวเดิม เป็นต้น ต่อมา ผู้ป่วยเริ่มมีอาการก้าวร้าว โมโหง่ายจนบางครั้งก็ทำร้ายผู้ดูแล เช่น เมื่อผู้ดูแลพยายามจะอาบน้ำให้ผู้ป่วย บางครั้งก็จะทำร้ายโดยร่างกายผู้ดูแล เป็นต้น รวมถึงยังมีอาการเห็นภาพหลอน หรือบางครั้งก็คุยกับตนเอง

ในกระจกเงา ต่อมาเมื่อพฤติกรรมชอบซุกซ่อนสิ่งของ, พฤติกรรมในการรับประทานอาหารเปลี่ยนไป เช่น เวลารับประทานทานอาหาร จะทานแต่ข้าวและไม่ยอมดื่อกับข้าว เป็นต้น

ปัจจุบัน ผู้ป่วยเริ่มมีปัญหาในเรื่องของการควบคุมระบบขับถ่าย, การเคี้ยวและการกลืนอาหาร ทำให้ผู้ดูแลต้องคอยดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา



แผนผังที่ 4.16 แสดงผังบริเวณที่อยู่อาศัยของกรณีศึกษาที่ 13

การป้องกันและการรักษา รักษาโดยการให้ยารักษาตามที่แพทย์ได้วินิจฉัย ควบคู่กับการดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำของแพทย์ เช่น ในการสื่อสารกับผู้ป่วย แพทย์แนะนำให้ใช้การพูดเสียง และพูดอย่างช้าๆ แทนการพูดเสียงสูง และพูดอย่างรวดเร็ว เป็นต้น

ตารางที่ 4.17 แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 13 และผู้ดูแล

ช่วงเวลา	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	พื้นที่ใช้สอย
06.00 – 07.00 น.	ตื่นนอน, ล้างหน้า, แปรงฟัน	ตื่นนอน, เตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วย	ห้องน้ำ
07.00 – 08.00 น.	รับประทานอาหารเช้า ได้แก่ โยววันติน, นม, ขนมเค้ก	คอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด	ห้องนั่งเล่น
08.00 – 12.00 น.	นอนพักผ่อน, ฟังเพลงบรรเลง, ชมรายการโทรทัศน์	อ่านหนังสือ, ดูโทรทัศน์ร่วมกับผู้ป่วย	ห้องนั่งเล่น
12.00 – 13.00 น.	รับประทานอาหาร	รับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย	ห้องนั่งเล่น
13.00 – 16.00 น.	นอนพักผ่อน, ฟังเพลงบรรเลง, ชมรายการโทรทัศน์	อ่านหนังสือ, รดน้ำต้นไม้	ห้องนั่งเล่น
16.00 – 17.00 น.	นั่งเล่นที่ศาลาริมน้ำ	ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด	สวนภายนอก
17.00 – 17.30 น.	อาบน้ำ	อาบน้ำให้ผู้ป่วย	ระเบียง
17.30 – 18.00 น.	รับประทานอาหาร	รับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย	ห้องนั่งเล่น
18.00 – 20.00 น.	นอนพักผ่อน, ฟังเพลงบรรเลง, ชมรายการโทรทัศน์	อ่านหนังสือ, ดูโทรทัศน์ร่วมกับผู้ป่วย	ห้องนั่งเล่น
20.00 – 21.00 น.	รับประทานนม	ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด	ห้องนั่งเล่น
21.00 – 01.00 น.	นอนพักผ่อน	ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด	ห้องนั่งเล่น
01.00 – 04.00 น.	ผู้ป่วยมีอาการเห็นภาพหลอน, ก้าวร้าว และถ่ายปัสสาวะ	คอยดูแลผู้ป่วย และทำความสะอาดพื้นที่ภายในห้องนอน	ห้องนอน

สภาพสังคม เศรษฐกิจ รายได้ครัวเรือนมาจากทรัพย์สินของผู้ป่วยเอง โดยได้มาจากการขายที่ดินของผู้ป่วยและค่าเช่าที่ดิน ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาจึงมีเพียงพอโดยเฉลี่ยประมาณ 13,000 บาทต่อเดือน ปัญหาส่วนใหญ่จะเกิดจากภาวะที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบมากขึ้น เช่น ต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย เป็นต้น และผู้ดูแลหลักก็มีโรคประจำตัว คือ โรคคลูบัส โดยมีอาการส่งผลต่อสายตาทำให้ปัจจุบันผู้ดูแลใช้ตามองได้เพียงข้างเดียว ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วย จนในบางครั้งจะต้องพึ่งญาติในการดูแลทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลเช่นกัน

สภาพการอยู่อาศัย สภาพการอยู่อาศัยเป็นบ้านไม้ยกใต้ถุนสูง อยู่อาศัยมาประมาณ 100 ปี ผู้ป่วยเป็นเจ้าของเอง อยู่ติดริมแม่น้ำเจ้าพระยา มีพื้นที่ปลูกผักสวนครัว และมีสัตว์เลี้ยงอยู่ภายในบ้าน ได้แก่ สุนัข, แมว และปลา พื้นที่ใช้สอยทั้งหมดประมาณ 156.00 ตารางเมตร ชั้นบนจะเป็นพื้นที่พักอาศัย ประกอบด้วย ห้องรับแขก, ห้องนั่งเล่น, ห้องนอน, ห้องครัว, ระเบียง และห้องน้ำ ส่วนชั้นล่างเป็นใต้ถุนโล่งมีการกั้นพื้นที่สำหรับเลี้ยงสุนัข และห้องเก็บของ พื้นที่ในชั้นล่างส่วนใหญ่จะเป็นพื้นที่เพาะพันธุ์ไม้ เพราะผู้ดูแลยังประกอบอาชีพรับจ้างจัดสวน และมีศาลาริมน้ำซึ่งผู้ป่วยมักจะชอบมานั่งในตอนเช้าเป็นประจำ

สวนภายนอก อยู่ติดกับริมแม่น้ำเจ้าพระยา และมีศาลาริมน้ำ ผู้ป่วยมักจะชอบออกมานั่งที่บริเวณนี้ในตอนเย็นภายหลังแพทย์จะแนะนำให้มานั่งในตอนเช้าด้วยเพื่อให้ร่างกายได้รับแสงแดดซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินกิจกรรมประจำวันได้เป็นปกติ ขนาดสวนมีความกว้าง 5.00 เมตร ยาว 24.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 120.00 ตารางเมตร



ภาพที่ 4.89 แสดงศาลาริมน้ำ และระเบียงบ้านที่มองเห็นวิวภายนอก

ห้องนั่งเล่น อยู่บริเวณโถงกลางบ้าน ใช้เป็นพื้นที่พักผ่อนสำหรับทุกคนในครอบครัว และเนื่องจากเป็นโถงโล่งอยู่กลางบ้านทำให้ผู้ดูแลสามารถมองเห็นพฤติกรรมของผู้ป่วยได้โดยง่าย ผู้ป่วยมักจะมานั่งชมโทรทัศน์และนอนพักผ่อนที่บริเวณนี้ในช่วงสายของทุกวัน ห้องนั่งเล่นมีขนาดความกว้าง 8.00 เมตร ยาว 10.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 80.00 ตารางเมตร



ภาพที่ 4.90 แสดงพื้นที่พักผ่อนชมโทรทัศน์ของผู้ป่วย และพื้นที่รับแขก

ห้องนอน อยู่ติดกับห้องนอนของผู้ดูแล ไม่มีห้องน้ำอยู่ภายในห้องนอน และเนื่องจากเป็นบ้านทรงไทย ทำให้ระดับพื้นมีความต่างระดับกันในหลายตำแหน่ง ผู้ดูแลจึงทำทางลาดบริเวณทางเดินที่เชื่อมระหว่างห้องน้ำและห้องนอน ขนาดห้องนอนมีความกว้าง 4.00 ยาว 4.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 16.00 ตารางเมตร



ภาพที่ 4.91 แสดงทางลาดขึ้นไปในห้องนอน และทางลาดลงไปยังห้องน้ำ

ห้องน้ำ ใช้ร่วมกับผู้ดูแล อยู่ใกล้กับห้องครัว ปัจจุบันผู้ป่วยจะมาใช้เฉพาะการขับถ่าย ปัสสาวะและอุจจาระ ส่วนการอาบน้ำ ผู้ดูแลจะให้ผู้ป่วยอาบน้ำที่บริเวณระเบียงหลังบ้านแทน เพราะผู้ป่วยจะดีและไม่ยอมอาบน้ำ ผู้ดูแลจะใช้วิธีหลอกว่าเป็นเหมือนกับการเล่นสงกรานต์และพาผู้ป่วยไปอาบน้ำที่ระเบียงบ้านแทน



ภาพที่ 4.92 แสดงห้องน้ำผู้ป่วยและผู้ดูแล ที่ส่วนอาบน้ำ, โถส้วม และอ่างล้างหน้า

ห้องครัว อยู่ใกล้กับทางเดินหลักภายในบ้านติดกับห้องน้ำผู้ป่วย ปัจจุบันผู้ดูแลจะเป็นผู้เข้ามาใช้เตรียมอาหารให้กับผู้ป่วย ห้องครัวมีขนาดความกว้าง 3.00 เมตร ยาว 5.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 15.00 ตารางเมตร



ภาพที่ 4.93 แสดงสภาพห้องครัวที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก

ห้องรับประทานอาหาร อยู่ติดกับระเบียงบ้าน บางครั้งผู้ป่วยก็จะออกมานั่งรับประทานอาหารที่บริเวณระเบียง สามารถมองเห็นวิวทิวทัศน์ริมแม่น้ำเจ้าพระยาได้อย่างชัดเจน และเป็น การกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ ห้องรับประทานอาหารมีความกว้าง 3.00 เมตร ยาว 5.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 15.00 ตารางเมตร



ภาพที่ 4.94 แสดงห้องรับประทานอาหาร และพื้นที่นั่งบริเวณระเบียงด้านหลัง

ทางเดินภายใน มีความกว้างประมาณ 2.00 สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยเก้าอี้รถเข็น ได้โดยสะดวก มีการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อสร้างกิจกรรมกระตุ้นความจำโดยการติดรูปภาพผู้ป่วย ในอดีต และสิ่งของสะสมของผู้ป่วยตามเส้นทางเดินภายในบ้าน



ภาพที่ 4.95 แสดงทางเดินที่มีความกว้างเพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่นั่งเก้าอี้รถเข็น

4) กรณีศึกษาที่ 14 อายุ 90 ปี

ที่อยู่ ถนนรามอินทรา เขตบางเขน

ระยะเวลาที่มีอาการป่วย 20 ปี, โรคประจำตัว โรคหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูง

ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วย ต้องพึ่งพาบ้าง (ค่าคะแนน ADL = 4/6)

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วย เป็นเพศชาย อายุ 90 ปี จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา สมรสและมีบุตรจำนวน 5 คน เป็นชาย 1 คน และเป็นหญิง 4 คน เคยประกอบอาชีพทำนา และ เนื่องจากเป็นคนที่ยขยัน จึงทำให้สามารถขยายพื้นที่ของการทำนาในสมัยที่ผู้ป่วยยังทำนาได้

จำนวนมาก ซึ่งปัจจุบันพื้นที่ดังกล่าวลูกชายของผู้ป่วยได้สร้างหอพัก เปิดโรงเรียนอนุบาลและแบ่งพื้นที่ส่วนหนึ่งให้บริษัทเอกชนเข้ามาเช่าพื้นที่ในการทำธุรกิจ

สำหรับลักษณะนิสัยส่วนตัวเดิมนั้นผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีความขยันขันแข็งในการทำงาน สุขภาพเรียบร้อย รักครอบครัว แต่เนื่องจากเป็นคนที่ชอบเข้าสังคม จึงทำให้ต้องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำและดื่มมาตั้งแต่สมัยที่ยังสามารถทำงานได้จนกระทั่งอายุได้ 70 ปี ผู้ป่วยเริ่มมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป เริ่มจำเส้นทางกลับบ้านไม่ได้ มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ และเริ่มมีการแสดงออกทางเพศที่มากผิดปกติ ขาดความยับยั้งชั่งใจ ลักษณะของการพูดมักสื่อออกมาในลักษณะด้านเพศมากขึ้น จนในที่สุดลูก ๆ เริ่มเห็นความผิดปกติและพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป จึงตัดสินใจพาผู้ป่วยเข้ารักษาที่ รพ.วิชัยยุทธและ Scan คุณลักษณะของสมองพบว่า สมองส่วนหน้าฝ่อลงอย่างเห็นได้ชัด ครอบครัวจึงตัดสินใจให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา จนกระทั่งถึงปัจจุบัน

ผู้ดูแลหลัก เป็นลูกชายของผู้ป่วย อายุ 53 ปี การศึกษาปริญญาตรี คณะนิติศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต เป็นบุตรคนที่ 3 และเป็นบุตรชายเพียงคนเดียวของผู้ป่วย ประกอบอาชีพ ธุรกิจส่วนตัวประเภทก่อสร้างอิฐอิฐ ปัจจุบันอาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกับผู้ป่วยและอยู่กับมารดาที่มีภาวะสมองเสื่อมเช่นเดียวกัน แต่ระยะการดำเนินของโรคและระดับของการพึ่งพานั้นแตกต่างกัน กล่าวคือ มารดาจะอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ยังพอสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ปัจจุบันผู้ดูแลทำหน้าที่หลักในการดูแลและรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในครอบครัว และเนื่องจากประกอบธุรกิจส่วนตัวจึงมีรายได้จำนวนมากพอที่จะสามารถดูแลบิดา-มารดาโดยไม่ลำบากและรับผิดชอบจ่ายเงินเดือนให้กับคนที่เข้ามาช่วยดูแลในแต่ละเดือนไม่ต่ำกว่าเดือนละ 20,000 บาท

สำหรับในเรื่องของการดูแลนอกจากจะมีลูกชายของผู้ป่วยที่มีหน้าที่ในการดูแลเป็นส่วนใหญ่แล้ว ยังมีลูก ๆ อีก 4 คนที่แวะเวียนเข้ามาช่วยกันดูแล โดยแต่ละคนจะเข้ามานอนเป็นเพื่อนและช่วยดูแลในช่วงเวลากลางวันวันละ 1 คนสลับกันไปเรื่อย ๆ หรือที่คนในครอบครัวพากันเรียกว่า “การเข้าเวร” เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย เนื่องจากบางคืนจะมีอาการนอนไม่หลับ เดินไปเดินมา ซึ่งอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุและเป็นสิ่งที่ครอบครัวไม่ปรารถนาที่จะให้เกิดขึ้น ในส่วนของการมีกิจกรรมและการเข้าสังคม ลูกชายของผู้ป่วยยังคงพยายามให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมทางสังคมอยู่ เช่น การไปงานบวช งานแต่งงาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบปะผู้คนบ้าง ถึงแม้ว่าในการสื่อสารและการสนทนาในบางเรื่องมักพูดถึงเรื่องราวในอดีตเมื่อตอนที่ผู้ป่วยเป็นหนุ่ม ๆ

พฤติกรรมและอาการของโรค ช่วงระยะแรก ผู้ป่วยจะมีอาการสับสน หลงทางกลับบ้าน เช่น เคยเดินไปตลาดอยู่เป็นประจำ แล้วไม่สามารถกลับมาบ้านเองได้ เป็นต้น ต่อมาผู้ป่วยมักจะพูดถึงเรื่องราวในอดีต เช่น เวลาที่คนจอดรถในโรงจอดรถ เมื่อผู้ป่วยเห็นก็มักจะถามว่า “เอาควายเข้าโรงหรือยัง ควายมาหรือยัง” เพราะในอดีตผู้ป่วยประกอบอาชีพทำนา และมีวิถีชีวิตความ

เป็นอยู่ในชนบท เป็นต้น ต่อมา อาการในช่วงหลังๆ ผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงด้านการแสดงออกทางเพศ ซึ่งแต่เดิมผู้ป่วยจะเป็นคนสุภาพ เรียบร้อย มีมารยาททางสังคม โดยมักจะพูดคำหยาบ บางครั้งก็พูดจาก้าวร้าว และเป็นคำพูดที่ผู้ดูแลไม่เคยได้ยินมาก่อน ส่วนการแสดงออกทางเพศ ผู้ป่วยมักจะถูกเนื้อต้องตัวผู้ดูแลที่ เป็นผู้หญิง โดยคิดว่าเป็นภรรยาของตน นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีอาการชอบถามซ้ำๆ เช่น “ไปบ้านแม่มาหรือยัง” เฉลี่ยประมาณ 20 ครั้งต่อวัน เป็นต้น

การป้องกันและการรักษา ในอดีตผู้ป่วยมักเป็นคนชอบดื่มสุรามาก โดยจะดื่ม เข้า-เย็น ต่อวันทำให้เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับสุรา แพทย์จึงให้ยาหยุดอาการดังกล่าว นอกจากนี้ก็ให้ยารักษาตามอาการของโรค ได้แก่ โรคหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูง กรณีพบว่าผู้ป่วยมีอาการติดเชื้อก็จะได้เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล จนกว่าจะหายเป็นปกติจึงจะกลับมาที่บ้าน นอกจากนี้ผู้ดูแลยังได้จัดเตรียมการดูแลผู้ป่วย โดยมีผู้ดูแลทั้งหมด 4 คน เป็นลูกจ้าง 2 คน และผู้ดูแลหลัก 2 คน ผลัดเปลี่ยนเวรกันในการดูแลผู้ป่วยทั้งกลางวันและกลางคืน

ตารางที่ 4.18 แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 14 และผู้ดูแล

ช่วงเวลา	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	พื้นที่ใช้สอย
05.00 – 06.00 น.	ตื่นนอน, ล้างหน้า, แปรงฟัน	เตรียมอาหารเข้าให้กับผู้ป่วย	ห้องน้ำ
06.00 – 07.00 น.	รับประทานอาหารเช้า	คอยดูแลป้อนอาหารให้กับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหารเช้า
07.00 – 08.00 น.	ให้อาหารนกพิราบ(เป็นร้อยๆตัว)	คอยสังเกตพฤติกรรมและดูแลผู้ป่วย	สวนภายนอก
08.00 – 09.00 น.	เดินออกกำลังกายที่หน้าบ้าน	พาผู้ป่วยออกกำลังกาย	สวนภายนอก
09.00 – 10.00 น.	อาบน้ำ	อาบน้ำให้ผู้ป่วย	ห้องน้ำ
10.00 – 12.00 น.	นั่งเล่นอยู่ที่เก้าอ้นั่งหน้าบ้าน, ชมวิว, ดูโทรทัศน์ และดูหนังสือพิมพ์	เตรียมอาหารกลางวันให้ผู้ป่วย	ห้องนั่งเล่น
12.00 – 13.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน	คอยดูแลป้อนอาหารให้กับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหารเช้า
13.00 – 16.00 น.	นอนกลางวัน, นั่งชมวิวหน้าบ้าน	คอยสังเกตพฤติกรรมและดูแลผู้ป่วย	ห้องนั่งเล่น
16.00 – 17.00 น.	รับประทานอาหารเย็น	คอยดูแลป้อนอาหารให้กับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหารเช้า
17.00 – 18.00 น.	อาบน้ำ	อาบน้ำให้ผู้ป่วย	ห้องน้ำ
18.00 – 05.00 น.	นอนพักผ่อน	คอยสังเกตพฤติกรรมและดูแลผู้ป่วย	ห้องนอน

สวนภายนอก สวนภายนอกจะมีลักษณะเป็นสวนประดับตกแต่งบริเวณด้านหน้าทางเข้าบ้าน ผู้ป่วยมักชอบมานั่งชมวิวที่เก้าอี้ม้านั่งด้านหน้า และมักชอบการให้อาหารนกพิราบบริเวณลานโล่งใกล้กับโรงจอดรถทุกเช้า สวนมีความกว้าง 6.00 ม. ยาว 10.00 ม. พื้นที่ 60.00 ตรม.



ภาพที่ 4.96 แสดงสวนภายนอกบริเวณด้านหน้าใกล้กับทางเข้าบ้าน

ห้องนั่งเล่น ผู้ป่วยมักจะออกมานั่งชมวิวที่บริเวณโถงทางเข้า สามารถมองเห็นสวนภายนอกได้อย่างชัดเจน โดยผู้ดูแลได้จัดวางเก้าอี้ที่นั่งและเตียงนอนแยกออกมาจากห้องนอนอีก 1 ชุด เพราะในช่วงกลางวันผู้ป่วยมักจะออกมานั่งดูหนังสือพิมพ์ และนั่งชมวิวที่บริเวณนี้ โดยพื้นที่นั่งเล่นมีขนาดความกว้าง 4.00 เมตร ยาว 4.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 16.00 ตารางเมตร



ภาพที่ 4.97 แสดงพื้นที่นั่งเล่นบริเวณโถงทางเข้าติดกับห้องนอนผู้ป่วย

ห้องน้ำ จะอยู่แยกออกมาจากห้องนอน ประกอบด้วย ส่วนอาบน้ำ, โถสุขภัณฑ์ และอ่างล้างหน้า มีขนาดความกว้าง 2.00 เมตร ยาว 5.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 10.00 ตารางเมตร เนื่องจากปัจจุบันผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้มาก ทำให้ไม่สามารถอาบน้ำได้เอง จึงต้องให้ผู้ดูแลคอยช่วยเหลือในการอาบน้ำอย่างใกล้ชิด



ภาพที่ 4.98 แสดงห้องน้ำผู้ป่วยที่มีการแบ่งส่วนอาบน้ำ, โถสุขภัณฑ์ และอ่างล้างหน้า

ห้องนอน จะอยู่ใกล้กับประตูทางเข้าบ้าน มีเก้าอี้ตั้งภายในห้องนอนและเตียงนอนที่พื้น สำหรับผู้ดูแล โดยห้องนอนมีขนาดความกว้าง 4.50 เมตร ยาว 5.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 22.50 ตารางเมตร ปัจจุบันได้มีการจัดสภาพแวดล้อมภายในห้องนอนของผู้ป่วย โดยการติดพลาสติกใสที่ผนังข้างเตียงนอนของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมชอบปัสสาวะในโถฉี่และสาดใส่ผนังห้องนอนของตนเอง โดยผู้ป่วยจะคิดว่าเป็นร่องน้ำเหมือนบ้านที่ผู้ป่วยเคยอาศัยอยู่ในช่วงวัยหนุ่ม



ภาพที่ 4.99 แสดงเตียงนอนผู้ป่วย และการติดพลาสติกใสที่ผนังห้องของผู้ป่วย

ห้องรับประทานอาหาร อยู่ใกล้กับโถงกลางบ้าน ผู้ป่วยสามารถเข้ามาได้โดยสะดวก ภายในมีโต๊ะรับประทานอาหารรองรับได้ 3-4 คน ผู้ป่วยสามารถใช้เก้าอี้รถเข็นนั่งรับประทานอาหารร่วมกับคนในครอบครัวได้ ขนาดห้องรับประทานอาหารมีความกว้าง 4.00 เมตร ยาว 6.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 24.00 ตารางเมตร



ภาพที่ 4.100 แสดงห้องรับประทานอาหารที่มีโต๊ะรับประทานอาหารรองรับได้ 3-4 คน

ห้องครัว เป็นส่วนที่แยกออกมาจากตัวบ้าน อยู่บริเวณด้านหลังบ้าน ปัจจุบันผู้ป่วยไม่สามารถปรุงอาหารเองได้ ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ดูแลที่เข้ามาใช้พื้นที่นี้ โดยห้องครัวมีขนาดความกว้าง 2.00 เมตร ยาว 6.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 12.00 ตารางเมตร



ภาพที่ 4.101 แสดงห้องครัวที่มีลักษณะเป็นครัวไทย

ทางเดินภายใน ทางเดินภายในและภายนอกมีความกว้างประมาณ 1.50 – 2.00 เมตร และมีการติดตั้งทางลาดบริเวณที่พื้นมีความต่างระดับกัน ได้แก่ บริเวณทางเข้าหลัก, ห้องน้ำ และ ห้องนอนของผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถนั่งเก้าอี้รถเข็นผ่านไปได้โดยสะดวก แต่จะต้องมีผู้ดูแลคอยให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด



ภาพที่ 4.102 แสดงการติดตั้งทางลาดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนั่งเก้าอี้รถเข็นผ่านไปได้

5) กรณีศึกษาที่ 15 อายุ 74 ปี

ที่อยู่ ถนนลาดพร้าววังหิน เขตลาดพร้าว

ระยะเวลาที่มีอาการป่วย 12 ปี, **โรคประจำตัว** โรคพาร์กินสัน และกระดูกสันหลังหัก

ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วย ต้องพึ่งพาอย่างมาก (ค่าคะแนน ADL = 6/6)

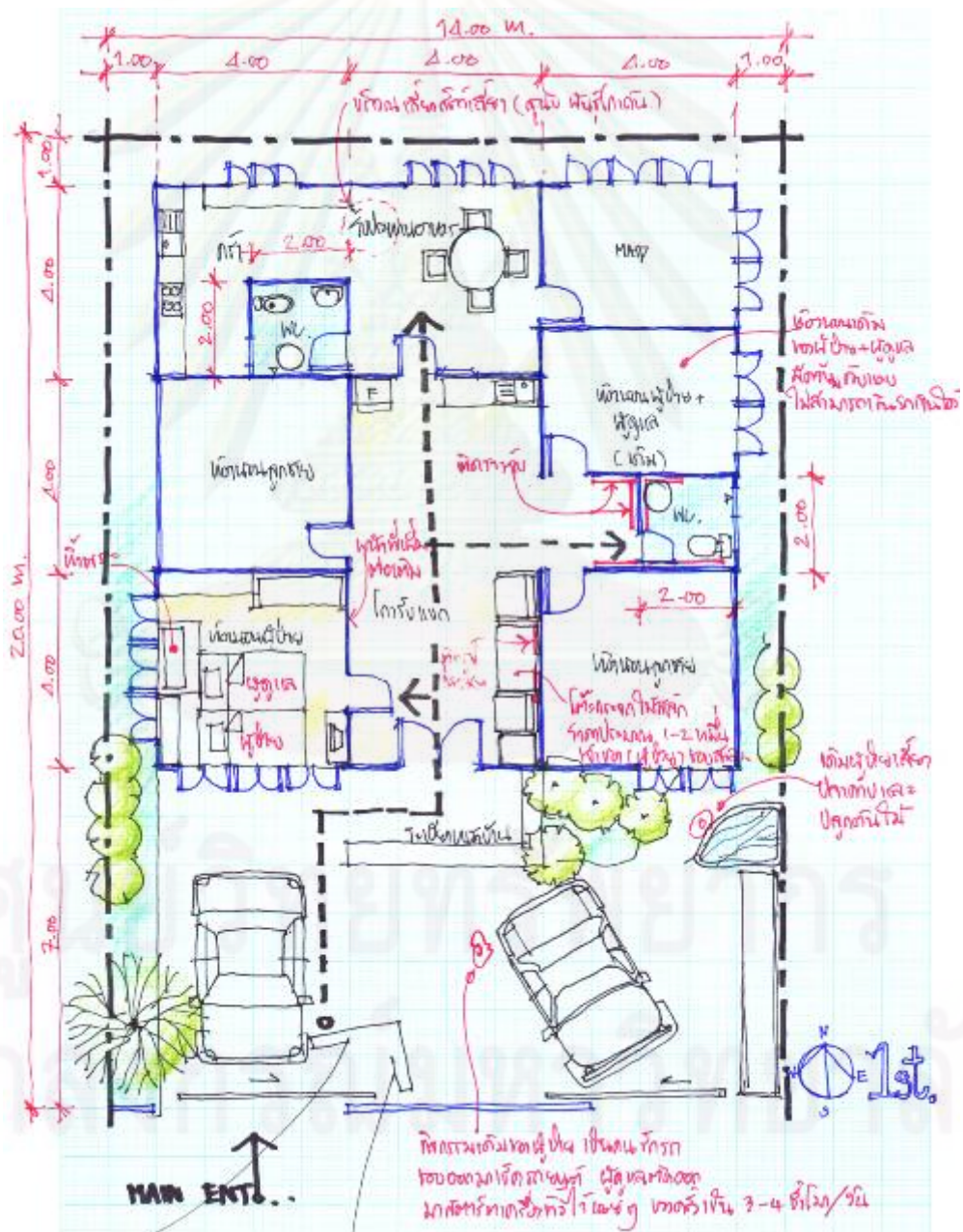
ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วย เป็นเพศชาย อายุ 74 ปี จบการศึกษาจากคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ในอดีตเคยรับราชการอยู่ในกรมสรรพสามิต และเกษียณออกจากราชการเมื่อปีพ.ศ.2538 ลักษณะบุคลิกภาพเดิมเป็นคนที่มีใจเย็น ไม่ค่อยพูด รักครอบครัว เรียนหนังสือเก่ง สุขภาพโดยทั่วไปแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัวแต่อย่างใด สำหรับอาการของโรคสมองเสื่อม ผู้ป่วยเริ่มมีอาการตั้งแต่อ่อนเกษียณประมาณ 2 ปี โดยจะมีอาการหวาดระแวงกลัวว่าภรรยาของตนจะไปมีคนอื่น จะคอยติดตามและถามคนอื่นอยู่เรื่อยๆว่าในแต่ละวันไปที่ไหนกับใครบ้าง มีพฤติกรรมซ้ำๆ เช่น เช็ดและทำความสะอาด สตาร์ทรถวันละสิบๆครั้ง ปัจจุบันอาการของผู้ป่วยเริ่มช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงเรื่อยๆ ประกอบกับมีอาการของโรคพาร์กินสันที่มีการสั่นอยู่ตลอดเวลา ทำให้มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว

ผู้ดูแลหลัก เป็นภรรยาของผู้ป่วย อายุ 70 ปี จบการศึกษาในสาขาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต จากวิทยาลัยเกื้อการุณย์ ปัจจุบันทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม และมีอาการของโรคพาร์กินสัน ในแต่ละวันจะดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ตั้งแต่เช้าจนถึงเข้านอน ส่วนในเรื่องของการดูแลทำความสะอาดบ้านและงานบ้านทั่วไป จะมีแม่บ้านเข้ามาช่วยดูแล จึงทำให้ผู้ดูแลได้มีเวลาดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ โดยตลอดระยะเวลา 12 ปีในการดูแลผู้ป่วย

พฤติกรรมและอาการของโรค ช่วงระยะแรกๆ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมหึ่งหวง และพฤติกรรมที่แสดงออกทางเพศ โดยมักจะมีพฤติกรรมชอบติดตามผู้ดูแล ตลอดเวลา ต่อมาเริ่มมีพฤติกรรมซ้ำๆ พุดซ้ำๆ และพฤติกรรมชอบซุกซ่อนสิ่งของ หวงแหนทรัพย์สิน

ปัจจุบัน ผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมซ้ำๆ ชอบซุกซ่อนสิ่งของ ประกอบกับเริ่มมีอาการของโรคพาร์กินสัน จึงทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยจะต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด

การป้องกันและการรักษา ให้ยารักษาตามอาการของโรค ได้แก่ โรคพาร์กินสัน รวมถึงการทำกายภาพบำบัด เพื่อคงความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันได้ปกติ และได้รับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีผลต่ออาการของโรค



แผนผังที่ 4.18 แสดงผังบริเวณที่อยู่อาศัยของกรณีศึกษาที่ 15

สภาพการอยู่อาศัย สภาพการอยู่อาศัยเป็นที่อยู่อาศัยโดยผู้ป่วยเป็นเจ้าของเอง อาศัยอยู่มาได้ประมาณ 40 ปี ลักษณะเป็นบ้านเดี่ยวชั้นเดียว มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด 6 คน เนื่องจากเป็นบ้านเดี่ยวชั้นเดียว จึงทำการเข้าไปใช้พื้นที่ต่างๆ ภายในบ้านมีความสะดวกเข้าถึงพื้นที่ได้ง่ายโดยไม่มีอุปสรรค และผู้ดูแลได้มีการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านโดยการเก็บข้างของเครื่องใช้ที่ไม่จำเป็นออกและติดตั้งราวจับเพื่อช่วยพยุงตัว ทำให้สภาพแวดล้อมภายในบ้านมีความเหมาะสมต่อการอยู่อาศัยของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย

สภาพสังคม เศรษฐกิจ ปัจจุบันผู้ป่วยอาศัยอยู่กับภรรยาและลูกโดยทำหน้าที่ในการดูแลส่วนใหญ่จะเป็นภรรยาของผู้ป่วย รายได้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมาจากเงินบำนาญของผู้ป่วยเอง และลูกๆ ซึ่งเพียงพอต่อการใช้จ่ายในแต่ละวัน ในส่วนของรายจ่ายในการรักษานั้น ผู้ดูแลสามารถเบิกค่ารักษาได้ โดยจะได้รับการรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลรามาริบัติ

ในด้านการดูแลผู้ป่วยนั้น ผู้ดูแลจะต้องคอยให้การดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด เพราะผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เป็นปกติ ทั้งในเรื่องของการแปรงฟัน การอาบน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า และการรับประทานอาหาร โดยผู้ดูแลให้ความเอาใจใส่และดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ถึงแม้ว่าความทรงจำของผู้ป่วยจะหายไปก็ตาม

ตารางที่ 4.19 แสดงกิจวัตรประจำวันและงานอดิเรกของกรณีศึกษาที่ 15 และผู้ดูแล

ช่วงเวลา	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	พื้นที่ใช้สอย
07.00 - 08.00 น.	ตื่นนอน	เตรียมอาหารเช้าให้กับผู้ป่วย	ห้องนอน
08.00 - 09.00 น.	อาบน้ำ ล้างหน้าแปรงฟัน แต่งตัว	คอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด	ห้องน้ำ
09.00 - 10.00 น.	รับประทานอาหารเช้า	ป้อนอาหารให้กับผู้ป่วย	ห้องนอน
10.00 - 12.00 น.	นอนพักผ่อน , ดูโทรทัศน์	ทำกายภาพบำบัด , นวด กล้ามเนื้อให้กับผู้ป่วย	ห้องนอน
12.00 - 13.00 น.	รับประทานอาหาร	ป้อนอาหารให้กับผู้ป่วย	ห้องนอน
13.00 - 16.00 น.	นอนพักผ่อน , ดูโทรทัศน์	ดูโทรทัศน์	ห้องนอน
16.00 - 17.00 น.	นอนพักผ่อน	เตรียมอาหารเย็น	ห้องนอน
17.00 - 18.00 น.	รับประทานอาหาร	คอยป้อนอาหารให้กับผู้ป่วย	ห้องนอน
18.00 - 19.00 น.	เช็ดตัวทำความสะอาดร่างกาย	ดูแลทำความสะอาดให้กับผู้ป่วย	ห้องนอน
19.00 - 20.00 น.	นอนพักผ่อน , ทำกายภาพบำบัด	ทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย นวดกล้ามเนื้อแขน-ขา	ห้องนอน
20.00 - 07.00 น.	นอนพักผ่อน	นอนพักผ่อนและคอยช่วยเหลือผู้ป่วย เข้าห้องน้ำ, ขับถ่ายปัสสาวะ	ห้องนอน

สวนภายนอก ปัจจุบันสวนภายนอกได้จัดทำเป็นพื้นที่จอดรถ โดยได้ทำเป็นพื้นที่คอนกรีต บริเวณลานหน้าบ้าน เนื่องจากครอบครัวขยาย ลูกๆ ทำงานและโตกันหมด ขนาดพื้นที่ของลานหน้าบ้าน มีขนาดความกว้าง 7.00 เมตร ยาว 14.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 98.00 ตารางเมตร ผู้ป่วยมักจะชอบออกมาใช้พื้นที่บริเวณนี้เพราะเป็นคนรักรถยนต์ มักจะมีพฤติกรรมชอบเช็ดทำความสะอาดรถยนต์ โดยผู้ดูแลจะสตาร์ทรถ ติดเครื่องยนต์ทิ้งไว้ให้กับผู้ป่วย



ภาพที่ 4.103 แสดงสวนหน้าบ้านเดิม ปัจจุบันถูกใช้เป็นที่จอดรถ

ห้องนั่งเล่น เดิมห้องนั่งเล่นมีขนาดพื้นที่ประมาณ 32.00 ตารางเมตร ปัจจุบันได้มีการต่อเติมและปรับแก้ห้องนอนของผู้ป่วย ทำให้มีพื้นที่เหลือประมาณ 16.00 ตารางเมตร โดยมีการจัดวางเฟอร์นิเจอร์ชุดเก้าอี้รับแขก 1 ชุด และตกแต่งผนังห้องโดยการติดภาพถ่าย และเครื่องไม้แกะสลักที่ผู้ป่วยชื่นชอบไว้ด้วย



ภาพที่ 4.104 แสดงห้องนั่งเล่นที่เชื่อมพื้นที่ต่างๆ ภายในที่อยู่อาศัย

ห้องนอน เดิมห้องนอนของผู้ป่วยมีขนาด 12.00 ตารางเมตร ไม่เพียงพอต่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังพื้นที่ต่างๆ ผู้ดูแลจึงมีการต่อเติมห้องนอน โดยการทำผนังกันห้องนอนในพื้นที่ห้องนั่งเล่น มีขนาดประมาณ 16.00 ตารางเมตร แล้วติดตั้งประตูบานเปิดออกมีความกว้าง 0.90 เมตร ทำให้สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่นั่งเก้าอี้รถเข็นได้โดยสะดวก



ภาพที่ 4.105 แสดงห้องนั่งเล่นเดิมที่มีการกันผนังเป็นห้องนอนของผู้ป่วย

ห้องน้ำ อยู่ใกล้กับโถงทางเข้าเป็นหลัก ปัจจุบันใช้ร่วมกับคนในครอบครัว โดยมีขนาดความกว้าง 2.00 เมตร ยาว 2.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 4.00 ตารางเมตร ภายในห้องน้ำประกอบด้วยโถสุขภัณฑ์ และถังเก็บน้ำสำหรับอาบน้ำ มีการติดตั้งราวจับบริเวณพื้นที่อาบน้ำ และที่นั่งโถสุขภัณฑ์ สูงจากพื้นที่ห้องน้ำ 85 เซนติเมตร รวมถึงใช้แผ่นกันลื่นเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยหกล้มขณะยืนอาบน้ำ



ภาพที่ 4.106 แสดงห้องน้ำที่ติดตั้งราวจับเพื่อช่วยพยุงตัวผู้ป่วย

ห้องครัว ปัจจุบันผู้ป่วยไม่สามารถเข้ามาใช้พื้นที่ห้องครัวได้ ส่วนใหญ่จะเป็ฯสมาชิกในครอบครัวที่เข้ามาใช้งาน โดยห้องครัวมีขนาดความกว้าง 2.00 เมตร ยาว 4.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 8.00 ตารางเมตร อยู่เชื่อมกับพื้นที่รับประทานอาหารและมีตู้ครัวเหล็ก อยู่ในบริเวณนี้ด้วย



ภาพที่ 4.107 แสดงพื้นที่ครัวที่มีการต่อเติมภายหลัง

พื้นที่รับประทานอาหาร มีขนาดความกว้าง 4.00 เมตร ยาว 4.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 16.00 ตารางเมตร ใช้เป็นที่นั่งรับประทานอาหารของคนในครอบครัว



ภาพที่ 4.108 แสดงพื้นที่รับประทานอาหารที่เชื่อมกับพื้นที่ครัว รองรับคนได้ 2-4 คน

ทางเดินภายใน มีความกว้าง 1.50 - 2.0 เมตร และมีการติดตั้งราวจับเพื่อช่วยพยุงตัว บริเวณทางเข้าห้องน้ำ ใช้วัสดุอลูมิเนียม ติดตั้งสูงจากพื้นประมาณ 85 เซนติเมตร



ภาพที่ 4.109 แสดงทางเดินภายในที่มีการติดตั้งราวจับเพื่อช่วยพยุงตัวผู้ป่วย

6) กรณีศึกษาที่ 19 อายุ 64 ปี

ที่อยู่ ซอยลาดพร้าว 109 คลองจั่น บางกะปิ

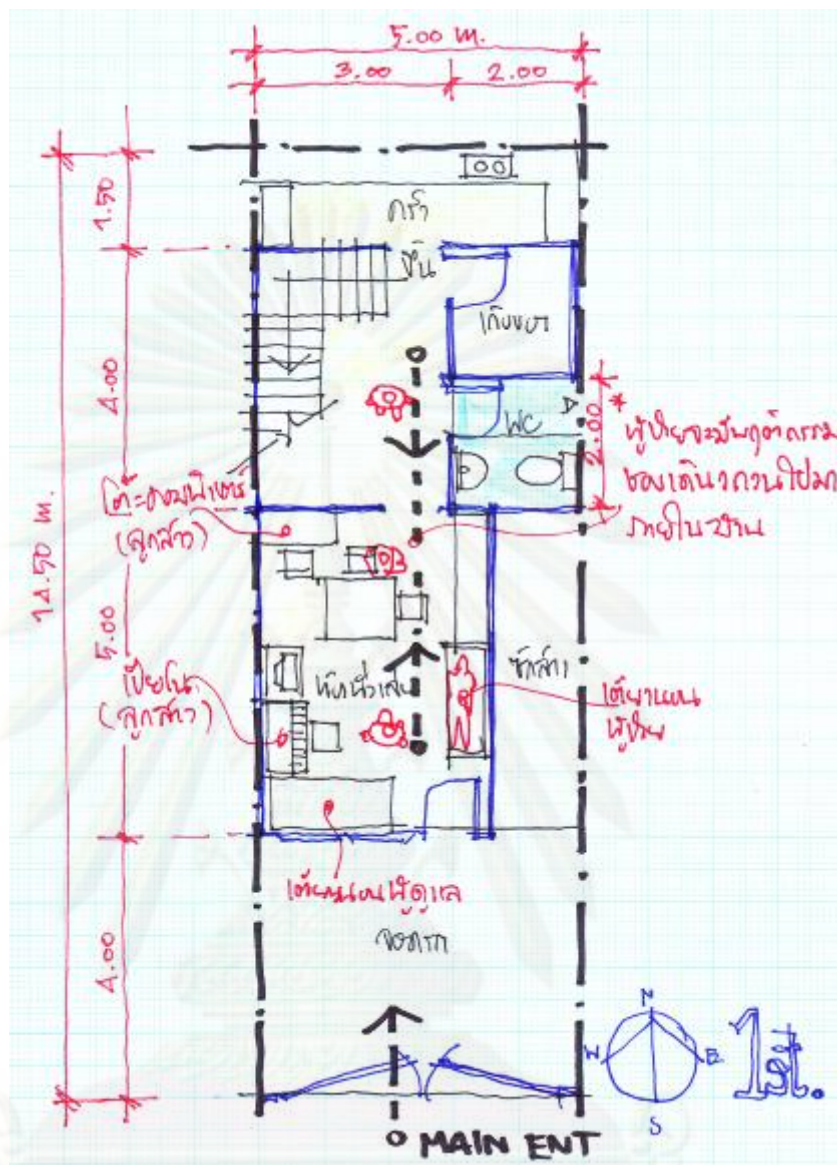
ระยะเวลาที่มีอาการป่วย 8 ปี, โรคประจำตัว ไม่มีโรคประจำตัว

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วย เป็นเพศหญิง อายุ 64 ปี มีบุตรด้วยกัน 2 คน จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี เดิมประกอบอาชีพรับราชการ ปัจจุบันเกษียณอายุ และได้รับเงินบำนาญ ปัจจุบันผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามีและลูกของตน รวมสมาชิกในครอบครัว 4 คน ผู้ดูแล เป็นลูกชายของผู้ป่วย อายุ 31 ปี สถานภาพโสด เป็นบุตรคนแรกของผู้ป่วย จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ปัจจุบันประกอบอาชีพอาชีพเป็นพนักงานบริษัทเอกชน ในการดูแลผู้ป่วยผู้ดูแลจะสลับหน้าที่ในการดูแลกัน โดยวันจันทร์ถึงศุกร์จะเป็นหน้าที่ของสามีผู้ป่วย และลูกสาวส่วนในวันเสาร์และอาทิตย์จะเป็นหน้าที่ของสามีผู้ป่วย

ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วย ต้องพึ่งพาอย่างมาก (ค่าคะแนน ADL 6/6)

พฤติกรรมและอาการของโรค ในช่วงแรกๆ ผู้ป่วยจะมีอาการหลง ๆ ลืม ๆ จำไม่ได้ว่าวางสิ่งของไว้ที่ใด มักลืมบุคคลที่ตนเองรู้จัก เช่น เพื่อนสนิท เป็นต้น ต่อมาเริ่มมีพฤติกรรมการดูแลเรื่องความสะอาดของตน โดยผู้ป่วยมักไม่ชอบการอาบน้ำ และมักใส่เสื้อผ้าตัวเดิม รวมถึงมักชอบพูดเรื่องเดิมในอดีตของตน และพูดซ้ำๆ เฉลี่ยประมาณ 10 -15 ครั้งต่อวัน ปัจจุบันผู้ป่วยมีอาการชอบพูดคนเดียวตามลำพัง และไม่สามารถสนทนากับผู้อื่นได้ตามปกติ รวมถึงไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เอง นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมชอบเดินวอกวนไปมาอยู่ภายในที่อยู่อาศัย เช่น เดินจากโต๊ะ เก้าอี้รับประทานอาหารมาที่เก้าอี้มานั่ง เดินจากครัวมาที่ประตูหน้าบ้าน เป็นต้น

การป้องกันและการรักษา รักษาตามอาการของโรคสมองเสื่อมและส่งเสริมทางด้านโภชนาการ ได้แก่ อาหารเสริม (นม) Neomume , Nutren รวมถึงพยายามให้ผู้ป่วยประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง เพื่อความสามารถในการดำรงชีวิตได้



แผนผังที่ 4.19 แสดงผังบริเวณที่อยู่อาศัยของกรณีศึกษาที่ 19

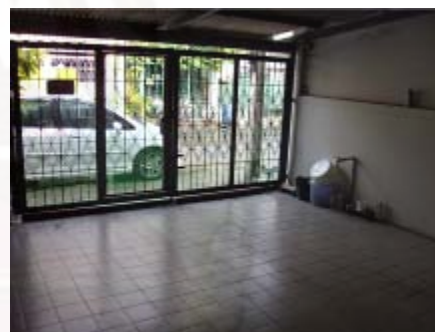
สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ ปัจจุบันผู้ป่วยไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมได้ และจะต้องมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือในการประกอบกิจวัตรประจำวันในแต่ละวัน โดยค่าใช้จ่ายในการดูแลส่วนใหญ่จะมาจากสามีและลูก เฉลี่ยเดือนละประมาณ 20,000 บาทขึ้นไป แบ่งเป็นค่าใช้จ่ายทั่วไปประมาณ 9,000 – 10,000 บาทและค่ารักษาโรคประมาณ 10,000 -15,000 บาท ทั้งนี้ผู้ดูแลสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้

สภาพการอยู่อาศัย ปัจจุบันผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามีของตน เป็นที่อยู่อาศัยประเภททาวเฮาส์ 2 ชั้น โดยสามีผู้ป่วยเป็นเจ้าของ อาศัยมาแล้วประมาณ 30 ปี พื้นที่ใช้สอยรวมประมาณ 120 ตารางเมตร โดยชั้นล่างประกอบด้วย พื้นที่จอดรถ ห้องนั่งเล่น ห้องครัว พื้นที่รับประทานอาหาร และห้องน้ำ ส่วนชั้นบนจะเป็นห้องนอนของผู้ป่วย และผู้ดูแล

ตารางที่ 4.20 แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 19 และผู้ดูแล

ช่วงเวลา	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	พื้นที่ใช้สอย
06.00 – 07.00 น.	ตื่นนอน ลงมานั่งที่ชั้นล่าง	ดูแลระดับประคองผู้ป่วย	ห้องนั่งเล่น
07.00 – 08.00 น.	อาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัว	คอยดูแลผู้ป่วย	ห้องน้ำ
08.00 – 09.00 น.	รับประทานอาหารเช้า	ทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหาร
09.00 – 12.00 น.	นอนพักผ่อน เดินไปเดินมา	สังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย	ห้องนั่งเล่น
12.00 – 13.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน	ทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหาร
13.00 – 14.00 น.	นอนพักผ่อน	นั่งทำงาน ดูแลผู้ป่วย	ห้องนั่งเล่น
14.00 – 15.00 น.	อาบน้ำ เปลี่ยนผ้าอ้อมแปรงฟัน	คอยดูแลผู้ป่วย	ห้องน้ำ
15.00 – 18.00 น.	นั่งเล่น ดูโทรทัศน์ นอนพักผ่อน	นั่งทำงาน นอนพักผ่อน ดูโทรทัศน์	ห้องนั่งเล่น
18.00 – 19.00 น.	รับประทานอาหารเย็น	ทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย	พื้นที่รับประทานอาหาร
19.00 -21.00 น.	นั่งพักผ่อน อาบน้ำ (กรณีอากาศร้อน) เปลี่ยนผ้าอ้อม	ดูแลผู้ป่วย	ห้องน้ำ
21.00 – 06.00 น.	นอนพักผ่อน	นอนพักผ่อน ดูแลผู้ป่วย ลุกมาปัสสาวะ	ห้องน้ำ

พื้นที่ว่างภายนอก มีขนาดความกว้าง 5.00 เมตร ยาว 5.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 25.00 ตารางเมตร ปัจจุบันใช้เป็นพื้นที่จอดรถ ชักล้างและตากผ้า



ภาพที่ 4.110 แสดงพื้นที่ว่างด้านหน้า ที่ใช้เป็นที่จอดรถและพื้นที่ชักล้าง

ห้องนั่งเล่น อยู่ต่อเนื่องกับพื้นที่ว่างภายนอก มีขนาดความกว้าง 4.00 เมตร ยาว 4.00 เมตร พื้นที่ประมาณ 16.00 ตารางเมตร ภายในประกอบด้วยเก้าอี้มานั่งสำหรับผู้ป่วย และเตียงนอนสำหรับผู้ดูแล



ภาพที่ 4.111 แสดงการจัดพื้นที่ห้องนั่งเล่น

ห้องนอน อยู่ชั้นบนของที่อยู่อาศัย โดยผู้ป่วยจะนอนกับผู้ดูแล ในห้องเดียวกัน ส่วนลูกสาวผู้ป่วยจะนอนแยกห้องออกมา

ห้องน้ำ อยู่ที่ชั้นล่างบริเวณบันไดทางขึ้นพื้นชั้นบน มีขนาดความกว้าง 1.50 เมตร ยาว 1.50 เมตร พื้นที่ประมาณ 2.25 ตารางเมตร ประกอบด้วย อ่างล้างหน้า โถสุขภัณฑ์ และฝักบัวสำหรับอาบน้ำ ภายในใช้วัสดุชนิดไม้เส้นและมีความต่างระดับของพื้นประมาณ 3-5 ซม.



ภาพที่ 4.112 แสดงห้องน้ำบริเวณชั้นล่างของที่อยู่อาศัย

พื้นที่รับประทานอาหาร อยู่ในพื้นที่ห้องนั่งเล่น มีโต๊ะ เก้าอี้สำหรับนั่งรับประทานอาหารได้ 2-4 คน โดยผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมชอบนั่งที่เก้าอี้รับประทานอาหารและลุกขึ้นเดินไปมาอยู่บริเวณชั้นล่างของตัวบ้าน



ภาพที่ 4.113 แสดงโต๊ะ-เก้าอี้รับประทานอาหารภายในห้องนั่งเล่น

ทางเดินภายใน มีความกว้างประมาณ 06.00 -1.00 เมตร และมีความต่างระดับของพื้นทางเดินประมาณ 3-5 ซม. ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมชอบเดินวอกวนจากห้องครัวมาที่ประตูด้านหน้า



ภาพที่ 4.114 แสดงทางเดินภายในที่อยู่อาศัย

7) กรณีศึกษาที่ 20 อายุ 82 ปี

ที่อยู่ อาคารพาณิชย์จำนวน 4 ชั้น เขตสายไหม

ระยะเวลาที่มีอาการป่วย 12 ปี, **โรคประจำตัว** ไชมันในเลือดสูง

ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วย ต้องพึ่งพาอย่างมาก (ค่าคะแนน ADL = 6/6)

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วย เป็นเพศหญิง อายุ 86 ปี สถานภาพ หม้าย มีบุตรด้วยกัน 3 คน ในอดีตเคยประกอบอาชีพค้าขาย และสามารถสร้างตัวจนสามารถมีรายจ่ายของรูปพรรณ และสามารถดำเนินกิจการมากระทั่งถึงปัจจุบัน ผู้ดูแลหลัก เป็นลูกสาวของผู้ป่วย อายุ 68 ปี สถานภาพ โสด จบการศึกษาจากวิทยาลัยบรมราชชนนี กรุงเทพฯ เมื่อปี พ.ศ. 2524 เคยรับราชการอยู่ในสำนักงานสาธารณสุข ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ และลาออกจากการรับราชการ เนื่องจากต้องรับภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย

พฤติกรรมและอาการของโรค

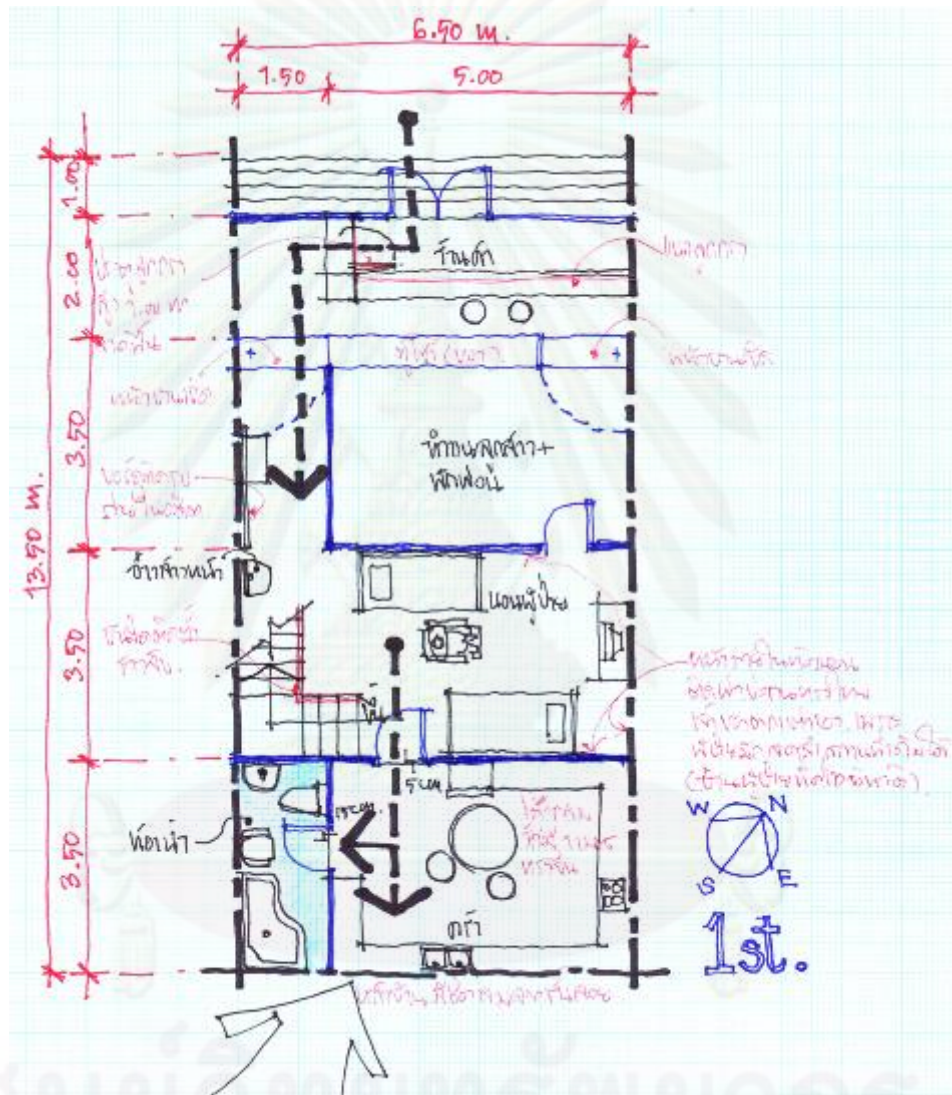
แต่เดิมผู้ป่วยเป็นคนที่ขยันขันแข็งในการทำงานตลอดเวลา เวลาว่างจะชอบอ่านหนังสือเป็นชีวิตจิตใจ โดยเฉพาะหนังสือพิมพ์ โดยจะอ่านทุกหน้า และสามารถจำได้เกือบทุกคอลัมน์ แต่เมื่อเริ่มมีอาการของสมองเสื่อมในระยะแรกความสนใจต่อสิ่งต่างๆ เหล่านี้ลดลง เริ่มมีอาการของคนเดินหลงทาง และทำให้สมาชิกในครอบครัวออกตามหาถึง 3 ครั้ง มีอาการหลงลืมอยู่บ่อยๆ ชอบถามซ้ำๆ และมักถามถึงบุคคลในอดีตที่ผ่านมา ปัจจุบันการดำเนินของโรค เข้าสู่ในระยะสุดท้าย คุณอุทัยวรรณไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าความสามารถและการรับรู้ต่อสิ่งต่อสิ่งต่าง ๆ นั้นได้ถูกลบเลือนหายไปจากความทรงจำ โดยนับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

ช่วงระยะ 4 ปีแรก ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเมื่ออายุ 74 ปี โดยช่วง 1-2 ปีแรกจะมีอาการหลงๆ ลืมๆ คือไปจ่ายตลาดแล้วลืมจ่ายเงินแล้วลืมนำกับข้าวมาด้วย พอมาพักหลังอาการหนักมากขึ้นจนบางครั้งลืมนำข้าวทั้งตะกร้าไว้ที่ตลาด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียด จนบางครั้งก็จะมีอาการก้าวร้าว หงุดหงิด อารมณ์เสียมาก จนทำให้ผู้ดูแลเริ่มสังเกตเห็นความผิดปกติ จึงพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ ในช่วง 2-4 ปีหลัง โดยเฉพาะปีที่ 3 ขึ้นปีที่ 4 ผู้ป่วยเริ่มมีอาการมากขึ้น คือ ไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติ เช่น ลืมวิธีการแปร่งพั้น, การอาบน้ำถูสบู่ เป็นต้น และมีอาการหลงสถานที่, พูดซ้ำๆ โดยใน 1 ชั่วโมงจะพูดประมาณ 20 ครั้ง เช่น พูดว่า “อยากกลับบ้าน” (บ้านต่างจังหวัดที่ผู้ป่วยเคยอาศัยอยู่ในช่วงหนุ่มสาว) บางครั้งก็มักจะถามซ้ำๆ ถึงบุคคลอื่น เช่น ถามว่า “ลูกชายอยู่ไหน” (ลูกชายผู้ป่วยปัจจุบันอยู่บ้านที่ต่างจังหวัด)

ต่อมา ผู้ป่วยจะมีอาการถามซ้ำๆ มากขึ้น เช่น ถามว่า “บ้านพี่ชายอยู่ไหน”, “บ้านยายอยู่ที่ไหน”, “บ้านปู่อยู่ที่ไหน”, “แปร่งพั้นหรือยัง” เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีอาการหวาดระแวงสับสนหรือตกใจตื่นในเวลากลางคืน, เดินไปเดินมา, รื้อค้นข้าวของและซุกซ่อนสิ่งของต่างๆ ภายในบ้าน ใน

บางครั้งผู้ป่วยเดินผ่านกระจกเงาก็จะพูดคุยกับตัวเอง เพราะนี่กว่าคนที่อยู่ในกระจกเป็นอีกคนหนึ่ง
จนบางครั้งผู้ดูแลก็ต้องหาวัสดุมาปิดทับเพื่อป้องกันอาการสับสนของผู้ป่วย

ปัจจุบัน ผู้ป่วยเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายและรับประทานอาหารเองไม่ได้ โดยจะใช้เวลาในการรับประทานอาหารขึ้นเฉลี่ยประมาณ 1-2 ชั่วโมง อาการค่อยๆ แย่ลงเรื่อยๆ จนผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้ทางช่องปาก ต้องเปลี่ยนมาให้อาหารทางช่องท้องแทน



แผนผังที่ 4.20 แสดงผังบริเวณที่อยู่อาศัยของกรณีศึกษาที่ 20

การป้องกันและการรักษา รักษาโดยการให้ยารักษา ได้แก่ ยา Aspirin Madiplot รักษาเส้นเลือดในสมองตีบ และ ยา Lipitor รักษาไขมันในเลือดสูง ส่วนการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการสับสนหรือก้าวร้าว ผู้ดูแลมักใช้วิธี Touch therapy คือการสัมผัส การจับเบาด้วยความนุ่มนวลกับคนไข้ที่อารมณ์ก้าวร้าวหรือกำลังโกรธ ก็จะทำให้ผู้ป่วยลดอาการก้าวร้าวลงได้

สภาพสังคม เศรษฐกิจ รายได้ครัวเรือนส่วนใหญ่จะมาจากการประกอบอาชีพค้าขาย (ร้านค้าทอง) ของผู้ป่วยเองที่สืบทอดกิจการโดยลูกหลานต่อมา ทำให้ไม่มีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ส่วนค่ารักษาผู้ป่วยในแต่ละเดือนจะอยู่ที่ประมาณ 15,000 – 20,000 บาท โดยผู้ดูแลสามารถเบิกค่ารักษากับทางโรงพยาบาลได้

สภาพการอยู่อาศัย สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยเป็นอาคารพาณิชย์ 3 โดยบริเวณชั้น 1 ผู้ป่วยเป็นเจ้าของเอง สภาพที่อยู่อาศัยมีการปรับปรุงให้เป็นร้านค้าขายทองรูปพรรณ ภายในบริเวณบ้านที่ต่อจากโชนด้านหน้าของร้าน มีการปรับปรุงให้เป็นห้องนอนของผู้ป่วยสมองเสื่อม กับญาติผู้ดูแล เพื่อให้สะดวกและง่ายต่อการดูแลของลูกๆ เนื่องจากต้องคอยสลับสับเปลี่ยนกันเข้ามาดูแล และอยู่ชายของหน้าร้าน โดยการปรับเปลี่ยนและการปรับตัวของสมาชิกที่ในครอบครัวนั้น เป็นไปตามอาการและระยะการดำเนินของโรคสมองเสื่อม

ตารางที่ 4.21 แสดงกิจวัตรประจำวันของกรณีศึกษาที่ 20 และผู้ดูแล

ช่วงเวลา	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	พื้นที่ใช้สอย
06.00 – 07.00 น.	ตื่นนอน, อาบน้ำ(1 ครั้งต่อวัน)	เตรียมตัวอาบน้ำให้ผู้ป่วย	ห้องน้ำ
07.00 – 08.00 น.	ให้อาหารทางสายยาง, ถ่ายปัสสาวะ	คอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด	ห้องนอน
08.00 – 12.00 น.	ดูโทรทัศน์ช่องรายการธรรมะ, VCD รายการตลก	ทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย (เป็นขนาดตามแขนและขา)	ห้องนอน
12.00 – 13.00 น.	ให้อาหารทางสายยาง, ถ่ายปัสสาวะ	คอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด	ห้องนอน
13.00 – 15.00 น.	ทำกิจกรรมบำบัดกระตุ้นความจำ และคลายความเครียด, นอนพักผ่อน	เล่าเหตุการณ์ในอดีตโดยใช้ปฏิทินติดรูปภาพเหตุการณ์สำคัญในครอบครัวให้กับผู้ป่วย	ห้องนอน
15.00 – 17.00 น.	ผู้ดูแลพาผู้ป่วยไปเยี่ยมบ้านลูกชายที่ต่างจังหวัด (ปทุมธานี)	คอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด	พื้นที่ภายนอก
17.00 – 18.00 น.	ให้อาหารทางสายยาง, ถ่ายปัสสาวะ	คอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด	ห้องนอน
18.00 – 21.00 น.	ดูโทรทัศน์ช่องรายการธรรมะ, VCD รายการตลก	ทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย (เป็นขนาดตามแขนและขา)	ห้องนอน
21.00 – 22.00 น.	ให้อาหารทางสายยาง, ถ่ายปัสสาวะ	คอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด	ห้องนอน
22.00 – 06.00 น.	นอนหลับพักผ่อน	คอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด	ห้องนอน

ห้องนั่งเล่น, ห้องนอน ปัจจุบันผู้ป่วยใช้พื้นที่ชั้นล่างด้านหลังร้านค้าเป็นทั้งห้องนอนและห้องนั่งเล่น เนื่องจากมีพื้นที่จำกัดเพราะเป็นที่อยู่อาศัยประเภทอาคารพาณิชย์ โดยมีขนาดความกว้าง 3.50 เมตร ยาว 5.00 เมตร พื้นที่รวมประมาณ 17.50 ตารางเมตร อยู่ใกล้ห้องน้ำและครัว ใช้ไฟฟ้าแสงสว่างทั้งกลางวันและกลางคืน อากาศสามารถถ่ายเทได้



ภาพที่ 4.115 แสดงห้องนอนผู้ป่วย

ห้องน้ำ ห้องน้ำของผู้ป่วยจะมีส่วนของอ่างอาบน้ำ เพราะในช่วงแรกผู้ป่วยมักชอบการแช่น้ำในอ่างอาบน้ำ แต่ต่อมาเมื่อผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายไม่ค่อยได้ จึงใช้เก้าอี้นั่งอาบน้ำแทน ขนาดห้องน้ำมีความกว้าง 1.50 เมตร ยาว 3.50 เมตร พื้นที่รวมประมาณ 5.25 ตารางเมตร



ภาพที่ 4.116 แสดงห้องน้ำของผู้ป่วย

ทางเดินภายใน ใช้เป็นทางเชื่อมระหว่างส่วนร้านค้าและที่พักอาศัย มีความกว้างประมาณ 1.00 – 1.50 เมตร โดยช่องที่ผู้ป่วยยังสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ พื้นที่บริเวณนี้จะใช้ทำกิจกรรมโดยการติดรูปภาพของผู้ป่วยสมัยยังหนุ่มสาวที่ผนังบริเวณทางเดิน



ภาพที่ 4.117 แสดงทางเดินภายใน

ห้องครัว พื้นที่รับประทานอาหาร อยู่บริเวณด้านหลัง ภายในห้องครัวเป็นพื้นที่เปิดโล่ง โดยมีการต่อเติมทำเป็นชั้นลอยทำให้ได้รับแสงสว่างธรรมชาติ และอากาศสามารถถ่ายเทได้

สะดวก ปัจจุบันผู้ป่วยไม่ได้เข้ามาใช้งาน เนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้สะดวกและใช้การให้อาหารทางสายยางแทน ขนาดของห้องครัวรวมพื้นที่รับประทานอาหารมีขนาดความกว้าง 3.50 ยาว 5.00 เมตร พื้นที่รวมประมาณ 17.50 ตรม.



ภาพที่ 4.118 แสดงห้องครัวที่เปิดโล่งมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก, เก้าอี้รับประทานอาหาร

กล่าวโดยสรุป ผลการเก็บข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะต้องพึ่งพามาก (ค่าคะแนน ADL อยู่ในช่วง 4-6 /6) มีระดับความจำอยู่ในระดับสุดท้าย (ค่า GDS อยู่ในช่วง 6-7 /7) ผู้จะไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ ต้องคอยมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ จำบุคคลที่คุ้นเคยไม่ได้ หรือหลงผิดคิดว่าเป็นบุคคลอื่น, ไม่สามารถพูดหรือสื่อสารกับบุคคลอื่น ๆ ได้, ควบคุมการลุก-นั่ง หรือเดินไม่ได้, พูดหรือบ่นอยู่คนเดียว มักชอบพูดกับตนเองในกระจกเงา, มีอาการทางประสาท เห็นภาพหลอน และมีพฤติกรรมชอบทำซ้ำๆ เช่น การลุกขึ้นนั่งหรือเดินไปมา เป็นต้น

ด้านสภาพสังคม เศรษฐกิจ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ากลุ่มสังคมได้ และมีความต้องการในการดูแลเป็นพิเศษในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระงานในการดูแลมากขึ้น เช่น การป้อนอาหาร การช่วยเหลือผู้ป่วยในการขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจะลดพฤติกรรมก้าวร้าวและไม่สามารถสื่อสารด้วยการพูดสนทนาได้ ทำให้ผู้ดูแลมีภาวะความเครียดลดลง มีความเข้าใจพฤติกรรมและอาการของโรคสมองเสื่อมมากขึ้น ในส่วนของค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยเฉลี่ยประมาณ 15,000-20,000 บาทต่อเดือน

ด้านสภาพการอยู่อาศัย ผู้ป่วยจะพักอาศัยอยู่ในที่อยู่อาศัยเดิมกับญาติของตน และต้องการการดูแลเป็นพิเศษ โดยผู้ป่วยจะมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลงและชอบอาศัยอยู่แต่ภายในห้องนอนของตน สำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในระยะนี้ จะใช้วิธีการอุ้มหรือพยุงตัวผู้ป่วยและใช้เก้าอี้รถเข็นในกรณีที่ต้องเดินทางไปยังสถานที่ต่างๆ ไกลๆ ด้านการจัดสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัย ผู้ดูแลจะติดตั้งอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้าน โดยจะให้ความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยและการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ได้แก่ การใช้เตียงนอนผู้ป่วยที่มีขอบกันตกรอบทั้ง 3 ด้าน, การใช้ผ้าอ้อมสำหรับผู้สูงอายุ, การใช้เก้าอี้รถเข็นสำหรับปัสสาวะอุจจาระและอาบน้ำ และการจัดพื้นที่เพื่อทำกายภาพบำบัดให้กับผู้ป่วย

ตารางที่ 4.22 แสดงเปรียบเทียบสภาพสังคม เศรษฐกิจ และการอยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งตามระยะการดำเนินอาการของโรคสมองเสื่อม ดังนี้

ข้อมูลผู้ป่วย	ระยะการดำเนินอาการของโรค		
	ระยะแรก	ระยะกลาง	ระยะสุดท้าย
1. ระดับความจำ (ค่า GDS)	2-3 /7	4-5 /7	6-7 /7
2. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค	ช่วง 1-4 ปี	ช่วง 4-8 ปี	8 ปีขึ้นไป
3. ภาวะพึ่งพา (ค่า ADL)	2-3 /6	3-4 /6	4-6 /6
4. จำนวนผู้ดูแล	2 คน	2-3 คน	2-3 คน
5. สถานะสภาพทางสังคม	ชอบการเข้าสังคม	ชอบเก็บตัวตามลำพัง	ไม่มีสังคม
6. ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยต่อเดือน (บาท)	10,000-15,000	15,000-20,000	15,000-20,000
7. การครอบครองที่อยู่อาศัย	เป็นเจ้าของเอง	เป็นเจ้าของเอง	เป็นเจ้าของเอง
8. การเตรียมการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัย	มีการวางแผน	ทำการปรับปรุง	ไม่ปรับปรุง
9. พฤติกรรมและอาการ	หลงลืมวัน เวลา และสถานที่ที่คุ้นเคย	พูดหรือถามซ้ำๆในเรื่องเดิม, ก้าวร้าว	ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เอง
10. การป้องกันและการรักษาอาการของโรค	ใช้ยารักษาตามอาการของโรค และส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ	ใช้ยารักษาควบคู่กับการดูแลผู้ป่วยและการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อช่วยลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย	ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นพิเศษ ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ส่งเสริมให้มีการทำกายภาพบำบัด และการเคลื่อนไหวร่างกาย

จากตารางข้างต้น จะเห็นว่า ผู้ป่วยจะมีภาวะพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้นตามระยะการดำเนินอาการของโรค โดยใช้ผู้ดูแลอย่างน้อย 2 คน ซึ่งมีความสัมพันธ์แบบเครือข่ายกับผู้ป่วย และผู้ดูแลจะต้องเตรียมค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโดยเฉลี่ยประมาณ 10,000-20,000 บาทขึ้นไปต่อเดือน ควบคู่กับการดูแลผู้ป่วย และการจัดสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม

ดังนั้น ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปตามระยะการดำเนินอาการของโรค โดยผู้ป่วยจะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้เป็นเวลานาน ดังนั้น การให้ความสำคัญต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยควบคู่ไปกับการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการอยู่อาศัยทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล จึงถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นปกติสุข และยืนยาวต่อไป

บทที่ 5

สภาพปัญหาการอยู่อาศัยของกรณีศึกษา

การสำรวจข้อมูลสภาพปัญหาการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนตรวจสอบเอกสาร สร้างแบบสัมภาษณ์และแบบสำรวจ ได้ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 20 กรณีศึกษา โดยแบ่งข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์
2. ข้อมูลจากการสำรวจ และสังเกต

จากการศึกษาทบทวนแนวคิดทฤษฎีในบทที่ 2 เกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมในต่างประเทศ และนำความวิเคราะห์เปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากการสำรวจเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยต่อไป (ตารางแนวคิดในการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสมองเสื่อมในต่างประเทศ, คู่มือบทที่ 2 หน้า 41)

ผลการเก็บข้อมูลโดยแบ่งตามกลุ่มระยะอาการของโรคเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มระยะแรก, กลุ่มระยะกลาง และกลุ่มระยะสุดท้าย สามารถสรุปได้ดังนี้

5.1 กลุ่มระยะแรก

1) กรณีศึกษาที่ 1

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยจะมีปัญหาในเรื่องของการเคลื่อนไหวร่างกาย และมีความสามารถลดลงในเรื่องของการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร, การเข้าห้องน้ำ เป็นต้น จึงทำให้มีความต้องการที่จะปรับปรุงสภาพแวดล้อมโดยการติดตั้งราวจับเครื่องช่วยพยุงตัว ในพื้นที่ต่างๆ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย คงความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้อย่างเป็นปกติ

ข้อมูลจากการสำรวจและสังเกต

จากการสำรวจและสังเกต พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เองและต้องการการพึ่งพาอย่างมาก มีอาการของโรคพาร์กินสันทำให้มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยในการเคลื่อนไหวผู้ป่วยจะต้องใช้เก้าอี้รถเข็นตลอดเวลา รวมถึงปัญหาด้านการสื่อสารที่ผู้ป่วยจะไม่สามารถพูดคุยสนทนาได้ตามปกติ แต่จะใช้การสื่อสารโดยการกระพริบตา การพยักหน้า และการบีบมือ นอกจากนี้ยังพบปัญหาพื้นที่ภายในห้องน้ำที่มีความคับแคบต่อการเข้าไปช่วยพยุงตัวและทำความสะอาดร่างกายให้กับผู้ป่วย

การสำรวจปัญหาพื้นที่ใช้สอยภายในที่อยู่อาศัย

สวนภายนอก

- ระดับพื้นทางเดินภายในสวนมีความต่างระดับกัน อาจทำให้เดินสะดุดหกล้มได้*
- ปลูกต้นไม้ที่มีหนาม เช่น ต้นไต้ยี่เซียน เป็นต้น อาจทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยได้*
- ตำแหน่งสวนอยู่ในมุมอับ และอยู่ใกล้กับประตูรั้ว ผู้ดูแลไม่สามารถมองเห็นหรือสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยได้ ในกรณีผู้ป่วยเดินหลงออกนอกตัวบ้าน**

ห้องนอน

- เตียงวางชิดผนัง ผู้ดูแลไม่สามารถเข้าไปช่วยพยุงตัวผู้ป่วยได้โดยสะดวก*
- ระดับความสูงของเตียงต่ำเกินไป ผู้ป่วยไม่สามารถลุกหรือนั่งได้โดยสะดวก*
- พื้นที่ข้างเตียงมีระยะความกว้าง 1.00 เมตร ไม่เพียงพอต่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงมาสู่เก้าอี้รถเข็น*

ห้องน้ำ

- พื้นที่มีความคับแคบ ผู้ดูแลไม่สามารถเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยได้*
- ตำแหน่งห้องน้ำอยู่ในมุมอับ ไม่สามารถมองเห็นได้จากเตียงนอน**
- การใช้สีที่พื้น ผนัง และสุขภัณฑ์เป็นสีโทนเดียวกัน ผู้ป่วยไม่สามารถแยกแยะการใช้งานในแต่ละส่วนได้อย่างชัดเจน**

ห้องรับประทานอาหาร

- ทางเดินมีความคับแคบ และมีการจัดวางเฟอร์นิเจอร์ที่เป็นอุปสรรคขวางทางเดินมีความคับแคบ และมีการจัดวางเฟอร์นิเจอร์ที่เป็นอุปสรรคขวางทางเดิน*
- โต๊ะรับประทานอาหารมีขนาดเล็กสำหรับการทำกิจกรรม **

ห้องนั่งเล่น

- ชุดเก้าอี้รับแขก ที่นั่งนิ่มและเตี้ยเกินไป ไม่เหมาะสำหรับผู้ป่วย*
- ไม่มีการจัดพื้นที่สำหรับทำกิจกรรมกระตุ้นการรับรู้ หรือกระตุ้นความจำ**

หมายเหตุ

* หมายถึง ปัญหาด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

** หมายถึง ปัญหาด้านการส่งเสริมการรับรู้ และกระตุ้นความจำของผู้ป่วย

2) กรณีศึกษาที่ 2

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่า แต่เดิมผู้ป่วยและผู้ดูแลได้อาศัยอยู่ในที่อยู่อาศัยประเภทอาคารพาณิชย์ ต่อมาได้ย้ายมาอยู่ในที่อยู่อาศัยประเภทบ้านเดี่ยวในโครงการหมู่บ้านนันทวันศรีนครินทร์ เนื่องจากอยู่ใกล้ที่ทำงานของผู้ดูแล และที่อยู่อาศัยเดิมมีความคับแคบ ระยะเวลาในการ

อยู่อาศัยรวม 6 ปี จากการสอบถามปัญหาการอยู่อาศัยยังไม่พบว่ามีปัญหาใดๆ ส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาในเรื่องของสภาพแวดล้อม เช่น ปัญหาฝุ่นละออง และแสงแดดที่ส่องเข้าตัวบ้าน เป็นต้น

ข้อมูลจากการสำรวจและสังเกต

จากการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมชอบการนั่งพักผ่อนนอนบริเวณห้องนั่งเล่น โดยมักนั่งชมสิ่งของในตู้โชว์ที่เป็นของสะสมของผู้ป่วยในอดีต โดยผู้ป่วยจะนั่งพักผ่อนตลอดช่วงเช้าถึงบ่ายของในแต่ละวัน ส่วนในช่วงเย็นผู้ป่วยจะชอบมานั่งชมวิวบริเวณสวนหน้าบ้านและเดินออกกำลังกายบริเวณทางเดินที่เป็นบ่อทรายข้างบ้านเป็นประจำทุกวัน อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยที่ส่งผลกระทบต่ออยู่อาศัย และปัญหาสำหรับผู้ดูแล

การสำรวจปัญหาพื้นที่ใช้สอยภายในที่อยู่อาศัย

สวนภายนอก

- ทางเดินในสวนมีลักษณะขรุขระ พื้นระเบียงกับพื้นทางเดินมีความต่างระดับกัน*
- การจัดสวนริมรั้วข้างบ้าน ทำให้ผู้ดูแลสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยได้ยาก ผู้ดูแลไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ในกรณีฉุกเฉิน*
- สระน้ำไม่มีอุปกรณ์ป้องกันการพลัดตก เช่น รั้วกัน, ราวจับ เป็นต้น*
- เส้นทางสัญจรไม่มีจุดสนใจ เช่น เก้าอ้นนั่งพัก, สิ่งของผู้ป่วยในอดีต เป็นต้น**

ห้องนั่งเล่น

- มีการจัดวางเฟอร์นิเจอร์ที่เป็นอุปสรรคขวางทางเดิน*
- พื้นในห้องนั่งเล่นมีการลดระดับ อาจเกิดการสะดุดล้มได้*
- ชั้นวางโทรทัศน์ และชั้นวางของมีเหลี่ยมมุม อาจเกิดอันตรายจากการกระแทกได้*
- วัสดุปูพื้นเป็นหินอ่อน ลักษณะสะท้อนแสงและสะท้อนเสียง**

พื้นที่รับประทานอาหาร

- เก้าอี้รับประทานอาหารไม่มีพนักแขน ไม่สะดวกต่อการลุก-นั่ง*
- วัสดุปูพื้นเป็นหินอ่อน ลักษณะสะท้อนเสียง**

ห้องน้ำ

- มีขนาดเล็ก คับแคบต่อการใช้งานและผู้ดูแลไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้สะดวก*
- วัสดุปูพื้นลื่น และใช้สีโทนเดียวกับผนังห้อง**
- โถสุขภัณฑ์มีความสูง 40 ซม. ไม่สะดวกต่อการลุก-นั่ง*
- ผนังกันสวนอาบน้ำใช้วัสดุที่เป็นกระจก และมีขอบแหลมคม*
- ประตูห้องน้ำหมมีสัญลักษณ์ หรือป้ายบอกชื่อห้อง**

ทางเดินภายใน

- ใช้วัสดุปูพื้นทางเดินลิ้น และจัดวางเฟอร์นิเจอร์ขวางทางเดิน*
- บันไดติดตั้งราวจับด้านเดียว ไม่สะดวกต่อการเดินขึ้นหรือลง*
- การกำหนดทางเดินสำหรับผู้ป่วย ไม่มีจุดสนใจในการกระตุ้นการรับรู้และความจำ**

หมายเหตุ

* หมายถึง ปัญหาด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

** หมายถึง ปัญหาด้านการส่งเสริมการรับรู้ และกระตุ้นความจำของผู้ป่วย

3) กรณีศึกษาที่ 3

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่า ไม่มีปัญหาการอยู่อาศัย โดยผู้ดูแลมีความพอใจ และมีความสุขในการดำรงชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตามจากการสอบถามด้านการเตรียมที่อยู่อาศัย ผู้ดูแลให้ความสำคัญในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้มีความปลอดภัย โดยการติดตั้งราวจับและอุปกรณ์ช่วยเหลือภายในห้องน้ำ

ข้อมูลจากการสำรวจและสังเกต

จากการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมชอบนอนพักผ่อนอยู่ในห้องนอนชั้นบน และบางครั้งก็จะลงมาอนที่มานั่งภายในห้องนั่งเล่นตลอดทั้งวัน ซึ่งมีสาเหตุมาจากอาการเส้นเลือดในสมองตีบ ส่วนผู้ดูแลมักชอบการทำงานอดิเรก ได้แก่ การเล่นเกมคอมพิวเตอร์, การทำสิ่งของถวายพระ เช่น หนังสือ, เทป, ซีดีธรรมะ เป็นต้น

การสำรวจปัญหาพื้นที่ใช้สอยภายในที่อยู่อาศัย

สวนภายนอก

- พื้นทางเดินมีลักษณะผิวขรุขระไม่เรียบ*
- การจัดทางเดินภายในสวนไม่ชัดเจนและปลูกต้นไม้รกทึบ อาจทำให้สับสนได้**

ห้องนั่งเล่น

- การจัดวางเฟอร์นิเจอร์ไม่เอื้อต่อการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น งานศิลปะ, การต่อจิ๊กซอว์, การเล่นเกม เป็นต้น**

ทางเดินภายใน

- บันไดมืด และไม่ได้ติดตั้งไฟฟ้าแสงสว่างในเวลาากลางคืน*
- บริเวณบันไดชั้นสุดท้ายชั้นบน ไม่มีราวจับ อาจเกิดการพลัดตกได้ เนื่องจากอยู่ใกล้ทางเดินจากห้องนอนไปยังห้องน้ำ*

ห้องนอน

- ประตูห้องนอนไม่ติดป้ายชื่อหรือสัญลักษณ์ชื่อห้อง**

ห้องน้ำ

- มีขนาดเล็กคับแคบต่อการใช้งานและการให้ความช่วยเหลือของผู้ดูแล*
- พื้นมีความต่างระดับกัน และไม่ได้ติดตั้งอุปกรณ์เครื่องช่วยพยุงตัว*
- ประตูห้องไม่มีป้ายชื่อหรือสัญลักษณ์ และมีตัวล็อคประตู*
- เก้าอี้อาบน้ำสูง 30 ซม. ไม่สะดวกต่อการลุก-นั่ง*

ห้องครัว

- ตำแหน่งครัวไม่ได้กั้นพื้นที่เพื่อจำกัดการเข้าถึงของผู้ป่วย*
- ไม่มีการจัดเก็บอุปกรณ์ สิ่งของต่างๆที่เป็นอันตรายไว้ในตู้ที่มีตัวล็อค*

พื้นที่รับประทานอาหาร

- เก้าอี้รับประทานอาหารไม่มีพนักแขน ไม่สะดวกต่อการลุก-นั่ง*

หมายเหตุ

* หมายถึง ปัญหาด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

** หมายถึง ปัญหาด้านการส่งเสริมการรับรู้ และกระตุ้นความจำของผู้ป่วย

4) กรณีศึกษาที่ 4

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่า ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยเป็นบ้านเดี่ยวแยกหลังในที่ดินเดียวกัน รวมทั้งหมด 3 หลัง แบ่งเป็นที่อยู่อาศัยของลูกสาวผู้ป่วย, ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยเดิม และที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยที่สร้างขึ้นใหม่ ซึ่งเหตุผลของการสร้างที่อยู่อาศัยใหม่ เนื่องจากผู้ดูแล มีปัญหาด้านสุขภาพโดยมีอาการเจ็บที่หัวเข่าอยู่เป็นประจำ ส่งผลต่อการเดินขึ้นลงบันได อย่างไรก็ตาม จากการสอบถามผู้ดูแลเกี่ยวกับการอยู่อาศัยในที่อยู่อาศัยใหม่ ผู้ดูแลมีความพอใจและมีอาการเจ็บที่หัวเข่าลดลง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

ข้อมูลจากการสำรวจและสังเกต

จากการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมชอบซุกซ่อนสิ่งของภายในบ้าน ได้แก่ หนังสือต่างๆ, สิ่งของเครื่องใช้ของผู้ป่วย และต้นไม้หรือผลไม้ที่ปลูกเอาไว้ โดยหากผู้ดูแลหยิบเอาไป ผู้ป่วยก็จะมีอาการก้าวร้าวและจะพยายามค้นหาสิ่งของนั้นกลับคืนมา นอกจากนี้ผู้ป่วยยังชอบกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกีฬา และการออกกำลังกาย ได้แก่ การวิ่ง, หนังสือเกี่ยวกับกีฬา, รายการโทรทัศน์ช่องกีฬา โดยเฉพาะกีฬาประเภทเทนนิส และแบดมินตัน

การสำรวจปัญหาพื้นที่ใช้สอยภายในที่อยู่อาศัย

สวนภายนอก

- พื้นทางเดินในสวนมีความต่างระดับกัน และปลูกต้นไม้ที่มีหนามแหลมคม*

- พื้นที่สวนกว้างรอบบริเวณที่อยู่อาศัย ผู้ดูแลสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยได้ยาก ในกรณีต้องช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน*

ห้องนอน

- ประตูไม่ติดตั้งสัญญาณเตือน หรือเครื่องป้องกันการเดินหลง*

ห้องน้ำ

- ประตูห้องไม่มีป้ายสัญลักษณ์แสดงชื่อห้อง
- ฝารองที่นั่งสุขภัณฑ์ไม่ได้ใช้สีที่ติดกับตัวสุขภัณฑ์**
- ไม่มีตู้เก็บของใช้ที่ไม่ได้ใช้งาน หรือสิ่งของที่เป็นอันตราย พร้อมตัวล็อก*
- เฟอร์นิเจอร์มีเหลี่ยมมุม อาจเกิดอันตรายจากการถูกระแทกได้*

พื้นที่รับประทานอาหาร

- อยู่ไกลจากพื้นที่พักอาศัยไม่มีป้ายสัญลักษณ์บอกทาง**
- เก้าอี้รับประทานอาหารไม่มีพนักแขน ไม่สะดวกต่อการลุก-นั่ง*

ทางเดินภายใน

- การกำหนดเส้นทางเดินสับสน และไม่มีจุดสนใจ**
- ไม่มีป้ายบอกทาง หรือสัญลักษณ์ไปยังพื้นที่ต่างๆ**

หมายเหตุ

* หมายถึง ปัญหาด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

** หมายถึง ปัญหาด้านการส่งเสริมการรับรู้ และกระตุ้นความจำของผู้ป่วย

5) กรณีศึกษาที่ 5

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลและผู้ป่วย พบว่า แต่เดิมผู้ป่วยได้พักอาศัยอยู่ในที่อยู่อาศัยประเภทบ้านเดี่ยวชั้นเดียวเนื้อที่ประมาณ 53 ตารางวา และได้อยู่มาจนกระทั่งครอบครัวขยาย จึงได้ย้ายที่อยู่อาศัย ซึ่งอยู่ในละแวกที่อยู่อาศัยเดิมเนื้อที่ประมาณ 83 ตารางวา โดยเป็นเจ้าของเอง รวมระยะเวลาในการอยู่อาศัยประมาณ 24 ปี ต่อมาเมื่อครอบครัวขยายมากขึ้น จึงได้ทำการต่อเติมพื้นที่ห้องนั่งเล่นสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลบริเวณที่จอดรถและสวนภายนอก ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลชอบมานั่งเล่นพักผ่อนและทำกิจกรรมอยู่เป็นประจำ

ข้อมูลจากการสำรวจและสังเกต

จากการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และชอบทำกิจกรรมอยู่ภายในห้องนั่งเล่น ได้แก่ การอ่านหนังสือ และการดูโทรทัศน์ นอกจากนี้ผู้ดูแลยังชักชวนผู้ป่วยให้ทำกิจกรรมต่างๆ เช่น พาไปเดินเล่นที่สวนสาธารณะละแวกบ้าน, พาไปออกกำลังกายบริเวณถนนภายในหมู่บ้าน เป็นต้น โดยจากการเดินสำรวจพื้นที่โดยรอบ พบว่า พื้นที่ส่วนใหญ่

เป็นพื้นที่ทำกิจกรรมของผู้ดูแล ได้แก่ พื้นที่นอนพักผ่อนในสวน, พื้นที่ปลูกต้นไม้ และพื้นที่จัดสวน น้ำตกอย่างไรก็ตามไม่พบสัตว์เลื้อยคลานอยู่ภายในบ้าน เนื่องจากผู้ดูแลเป็นคนไม่ชอบการเลื้อยสัตว์

การสำรวจปัญหาพื้นที่ใช้สอยภายในที่อยู่อาศัย

สวนภายนอก

- ทางเดินมีความกว้าง 60 ซม. และพื้นมีความต่างระดับกัน*
- พื้นที่สวนอยู่บริเวณริมรั้ว ผู้ดูแลสังเกตเห็นพฤติกรรมได้ยากในกรณีต้องเข้าไปให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน*

ห้องนั่งเล่น

- ช่องหน้าต่างไม่ได้ติดตั้งอุปกรณ์ป้องกันแสงแดด เสียงรบกวน เช่น ฝ้าม่าน เป็นต้น**
- ไม่พบการตกแต่งภายในที่กระตุ้นความจำ เช่น การติดภาพในอดีตของผู้ป่วยที่ผนัง, การวางของใช้ของผู้ป่วย เป็นต้น**

ห้องนอน

- การจัดวางเฟอร์นิเจอร์กะกะขวางทางเดิน*
- ประตูห้องไม่มีป้าย หรือสัญลักษณ์แสดงชื่อห้อง**
- ตำแหน่งเตียงไม่สามารถมองเห็นวิวสวนภายนอกได้**

ห้องน้ำ

- พื้นห้องมีความต่างระดับกัน บริเวณส่วนอาบน้ำ*
- ประตูไม่มีป้าย หรือสัญลักษณ์แสดงชื่อห้อง และติดตั้งตัวล็อก**
- อากาศถ่ายเทไม่สะดวก**

ห้องครัว

- พื้นมีความต่างระดับกัน ในส่วนครัวไทยและส่วนเตรียมอาหาร*
- ตู้เก็บของเป็นบานทึบ ไม่สามารถมองเห็นสิ่งของภายในได้ และไม่มีตัวล็อกสำหรับเก็บของอันตรายหรือสารพิษ**

พื้นที่รับประทานอาหาร

- เก้าอี้รับประทานอาหารไม่มีพนักแขน ไม่สามารถลุก-นั่งได้สะดวก*

ทางเดินภายใน

- พื้นทางเดินมีความต่างระดับกัน และมีการจัดวางเฟอร์นิเจอร์กะกะขวางทางเดิน*
- ทางเดิน ไม่มีจุดสนใจหรือสิ่งของในอดีตเพื่อกระตุ้นการรับรู้และความจำ**

หมายเหตุ

* หมายถึง ปัญหาด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

** หมายถึง ปัญหาด้านการส่งเสริมการรับรู้ และกระตุ้นความจำของผู้ป่วย

6) กรณีศึกษาที่ 16

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่า ลักษณะที่อยู่อาศัยมีรูปแบบทาวนเฮ้าส์อาศัยอยู่มาประมาณ 15 ปี และพบปัญหาในเรื่องของพื้นที่ใช้สอยที่มีขนาดเล็ก มีการใช้งานที่ซ้อนทับกัน ได้แก่ พื้นที่รับประทานอาหาร, พื้นที่นั่งหรือนอนพักผ่อน และพื้นที่รับแขก โดยผู้ดูแลให้ความเห็นว่าต้องการพื้นที่ใช้สอยมากขึ้น เพราะมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมาก และมีปัญหาในเรื่องสภาพแวดล้อม ได้แก่ ปัญหาเพื่อนบ้านมาแล้ววาละวาดส่งเสียงดังเป็นที่น่ารำคาญ, ปัญหาการเข้าออกพื้นที่ที่จอดรถบริเวณถนนหน้าบ้าน รวมถึงความต้องการพื้นที่สวนภายนอกสำหรับใช้ทำกิจกรรมและนั่งพักผ่อนของสมาชิกในครอบครัว

ข้อมูลจากการสำรวจและสังเกต

จากการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่กับผู้ดูแลและสามีของตนที่ป่วยเป็นโรคเส้นเลือดในสมองตีบ จึงทำให้ผู้ดูแลต้องคอยดูแลทั้งผู้ป่วยและสามีของผู้ป่วยพร้อมกัน ด้านการอยู่อาศัยผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ส่วนใหญ่จะพักอาศัยอยู่บริเวณชั้นล่าง และประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ นั่งชมโทรทัศน์, ฟังเพลงบรรเลง(จ๊ิน), เดินออกกำลังกาย(บริเวณหน้าบ้าน) และชอบการเย็บปักถักร้อย(ถักลิตตั้ง)

การสำรวจปัญหาพื้นที่ใช้สอยภายในที่อยู่อาศัย

สวนภายนอก

- ใช้เป็นพื้นที่ตากผ้า ไม่สะดวกต่อการเข้าไปใช้งาน และปลูกต้นไม้ที่มีหนามแหลมคม เช่น ใปยเซียน เป็นต้น*

พื้นที่นั่งเล่น

- การจัดวางเฟอร์นิเจอร์ ไม่เอื้อต่อการทำกิจกรรมที่มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น งานศิลปะ, การต่อจิ๊กซอว์, การอ่านหนังสือ เป็นต้น**
- การจัดวางเฟอร์นิเจอร์เกะกะขวางทางเดิน*
- สิ่งของเครื่องใช้วางระเกะระกะ ไม่มีตู้สำหรับเก็บสิ่งของที่เป็นอันตรายที่มีตัวลึอก*

ห้องนอน

- ไม่มีป้ายหรือสัญลักษณ์แสดงชื่อห้อง**

ห้องน้ำ

- ประตูมีความกว้าง 0.70 เมตร และมีเฟอร์นิเจอร์ขวางขวางทางเข้า-ออก*
- ไม่พบช่องระบายอากาศ ทำให้เกิดกลิ่นอับและไม่มีอากาศถ่ายเท*
- พื้น ผนัง และสุขภัณฑ์ใช้สีโทนเดียวกัน สังเกตหรือแยกแยะการใช้งานได้ยาก**

พื้นที่รับประทานอาหาร

- โต๊ะ-เก้าอี้รับประทานอาหารรองรับคนได้ 1-2 คน และไม่สามารถปรับเป็นพื้นที่ประกอบกิจกรรมได้**
- เฟอร์นิเจอร์ไม่มีความแข็งแรง อาจเกิดอันตรายจากการใช้งานได้*

ทางเดินภายใน

- แคบและจัดวางเฟอร์นิเจอร์ขวางทางเดิน รวมถึงพื้นมีความต่างระดับกัน*
- บันไดไม่มีการติดตั้งราวจับทั้ง 2 ข้าง และสีของลูกตั้งและลูกนอนเป็นสีโทนเดียวกัน*
- ไม่พบการกำหนดเส้นทางเดิน หรือจุดสนใจเพื่อกระตุ้นการรับรู้และความจำ**

ห้องครัว

- มีการวางสิ่งของที่เป็นอันตราย เช่น มีด, สารเคมี เป็นต้น ไว้ตามชั้นวางต่างๆ โดยไม่มีตู้เก็บของที่มีตัวล็อก*

หมายเหตุ

* หมายถึง ปัญหาด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

** หมายถึง ปัญหาด้านการส่งเสริมการรับรู้ และกระตุ้นความจำของผู้ป่วย

5.2 กลุ่มระยะกลาง

1) กรณีศึกษาที่ 6

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่า ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านเดี่ยวจำนวน 3 หลัง ในที่ดินเดียวกัน ประกอบด้วย หลังแรกเป็นของบุตรสาวผู้ป่วย หลังที่สองเป็นของบุตรชายผู้ป่วย และหลังสุดท้ายเป็นของผู้ป่วยเอง ลักษณะเป็นบ้านเดี่ยวชั้นเดียวมีสวนภายนอก อาศัยอยู่มาแล้ว 24 ปี ด้านปัญหาการอยู่อาศัยจะมีพฤติกรรมชอบหวาดระแวง กลัวว่าจะมีคนมาทำร้าย และมักหาสิ่งของ เช่น กระจาด , คลิปหนีบกระจาด เป็นต้น มาปิดตามรูช่องเปิดต่างๆ ภายในห้อง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมชอบสะสมสิ่งของ โดยจะเก็บสิ่งของไว้ตามทางเดินและภายในห้อง

ข้อมูลจากการสำรวจและการสังเกต

จากการสำรวจพบว่า ปัญหาที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยมีสภาพแวดล้อมที่มีดทับ ,อากาศถ่ายเทไม่สะดวก เนื่องจากพฤติกรรมและอาการหวาดระแวง กลัวคนมาทำร้ายของผู้ป่วย รวมถึงการวางสิ่งของหรือเฟอร์นิเจอร์ขวางทางเดิน ซึ่งอาจทำให้เกิดการเดินสะดุด หกล้มได้ ด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็นคนชอบสัตว์เลี้ยงและธรรมชาติ โดยผู้ป่วยมักออกมานั่งพักผ่อนอยู่ที่ระเบียงบ้าน เพื่อชมวิวดต้นไม้ ดอกไม้ มองสัตว์เลี้ยงที่วิ่งเล่นอยู่ภายในสวน และดูคนสวนกวาดลานบ้านเป็นประจำทุกวัน

การสำรวจปัญหาพื้นที่ใช้สอยภายในที่อยู่อาศัย

สวนภายนอก

- พื้นมีความต่างระดับกันบริเวณระเบียงที่นั่งเล่นกับทางเดินในสวน*
- พื้นที่ในสวนไม่มีจุดสนใจ เช่น บ่อน้ำพุ , กรงนก , ม้านั่ง เป็นต้น**

พื้นที่รับประทานอาหาร

- พื้นที่รับประทานอาหารอยู่ไกลจากที่พักอาศัย ทางเชื่อมมีลักษณะผิวขรุขระ*
- เก้าอี้รับประทานอาหารไม่มีพนักแขน ไม่สะดวกต่อการลุกนั่ง*

พื้นที่นั่งเล่น

- การจัดวางเฟอร์นิเจอร์เกะกะขวางทางเดิน*
- การจัดที่นั่งไม่เอื้อต่อการทำกิจกรรม เช่น การต่อจิ๊กซอว์ , อ่านหนังสือ, เป็นต้น**
- เฟอร์นิเจอร์มีเหลี่ยมมุมแหลมคม ผู้ป่วยอาจได้รับอันตรายจากการถูกระแทกได้*

ห้องน้ำ

- พื้นที่ใช้สอยคับแคบ ผู้ดูแลไม่สามารถเข้าไปช่วยเหลือได้โดยสะดวก*
- ประตูห้องไม่ติดป้าย หรือสัญลักษณ์แสดงชื่อห้อง และมีตัวล็อก**
- สภาพแวดล้อมภายในห้องมืดและอากาศถ่ายเทไม่สะดวก**
- ตู้เก็บสารเคมี และสิ่งของอันตรายไม่มีตัวล็อก*
- ไม่พบอุปกรณ์อำนวยความสะดวก เช่น ราวจับ เป็นต้น กรณียื่นอาบนํ้า*

ห้องนอน

- สภาพแวดล้อมภายในห้องมืด และอากาศถ่ายเทไม่สะดวก**
- ใช้แสงแบบ Direct Light บริเวณเตียงนอนผู้ป่วย อาจส่งผลต่อการนอนพักผ่อนได้**
- การตกแต่งภายในห้องไม่มีภาพวาดหรือสิ่งของในอดีตของผู้ป่วย**

ทางเดินภายใน

- พื้นทางเดินทางเชื่อมมีความต่างระดับกัน บริเวณสวนภายนอกและทางเดินภายใน*
- ไม่มีป้ายบอกทาง หรือสัญลักษณ์ไปยังพื้นที่ต่างๆ**
- บันไดไม่ติดแถบสะท้อนแสงในแต่ละขั้น ไม่มีราวจับ รวมถึงแสงสว่างไม่เพียงพอ**

หมายเหตุ

* หมายถึง ปัญหาด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

** หมายถึง ปัญหาด้านการส่งเสริมการรับรู้ และกระตุ้นความจำของผู้ป่วย

2) กรณีศึกษาที่ 7

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่า ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นที่อยู่อาศัยประเภทบ้านเดี่ยวชั้นเดียว มีการเล่นระดับ บริเวณพื้นที่พักผ่อน อาศัยอยู่มาแล้ว 20 ปี มีจำนวนสมาชิกทั้งหมด 10 คน และพื้นที่ใช้สอยมีพื้นที่จำกัด จึงทำให้มีการต่อเติมห้องนอนเหนือพื้นที่จอดรถ ด้านปัญหาการอยู่อาศัยพบว่าตำแหน่งของห้องนอนมักได้รับแสงจ้าผ่านช่องหน้าต่างทั้งวันซึ่งรบกวนต่อการนอนพักผ่อนของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบปัญหาการใช้เก้าอี้รถเข็นเข้าห้องน้ำโดยประตูแคบและมีธรณีประตูทำให้เก้าอี้รถเข็นไม่สามารถเคลื่อนผ่านเข้าไปได้

ข้อมูลจากการสำรวจและการสังเกต

จากการสำรวจ พบว่าผู้ป่วยมีอาการของโรคพาร์กินสันและผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้โดยสะดวกต้องนั่งเก้าอี้รถเข็นตลอดเวลา โดยพบปัญหาและอุปสรรคต่อการใช้เก้าอี้รถเข็นหลายจุด ได้แก่ บริเวณบันไดทางเข้าหลักไม่พบทางลาด และไม่มีมัตต์ตั้งราวจับช่วยพยุงตัว บริเวณห้องน้ำผู้ป่วยพบว่าประตูแคบ และไม่มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกภายในห้องน้ำ นอกจากนี้ยังพบการจัดวางเฟอร์นิเจอร์ที่เป็นอุปสรรคขวางทางเดิน ภายในห้องนอนอีกด้วย ด้านพฤติกรรมกรรมการอยู่อาศัย พบว่า ผู้ป่วยจะชอบความเงียบสงบ กรณีเกิดสภาพแวดล้อมที่เสียงดังรบกวนก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวได้

การสำรวจปัญหาพื้นที่ใช้สอยภายในที่อยู่อาศัย

สวนภายนอก

- ตำแหน่งสวนอยู่ในมุมอับ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ามาใช้พื้นที่สวนได้โดยสะดวก**
- สวนไม่เอื้อต่อการทำกิจกรรม ไม่มีจุดสนใจ หรือสิ่งของที่ผู้ป่วยชื่นชอบภายในสวน**

ห้องนั่งเล่น

- เฟอร์นิเจอร์มีเหลี่ยมมุม แหวมคม อาจเกิดอันตรายจากการกระแทกได้*
- ไม่พบการจัดพื้นที่ห้องนั่งเล่น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น งานศิลปะ การต่อจิ๊กซอว์ เป็นต้น**
- การวางสิ่งของในตัวโซฟา ไม่พบสิ่งของผู้ป่วยในอดีต หรือสิ่งของที่ผู้ป่วยชื่นชอบ**

ห้องนอน

- เตียงนอนอยู่ในตำแหน่งรับแสงสว่างจากดวงอาทิตย์ตลอดทั้งวัน**
- การจัดวางเฟอร์นิเจอร์กะกะขวางทางเดิน*

- ไม่พบการตกแต่งผนังห้องด้วยรูปภาพ หรือวางสิ่งของผู้ป่วยในอดีตของ**

ห้องน้ำ

- ประตูแคบ และมีธรณีประตู ผู้ป่วยที่นั่งรถเข็นไม่สามารถเคลื่อนผ่านไป*
- การจัดวางพื้นที่ภายในหรือการวางสุขภัณฑ์ ไม่เอื้อต่อการใช้งานสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ การใช้โถสุขภัณฑ์แบบนั่งยอง อ่างล้างหน้าไม่สามารถสอดเก้าอี้รถเข็นผ่านได้และพื้นที่อาบน้ำไม่มีเก้าอี้*

พื้นที่รับประทานอาหาร

- เก้าอี้รับประทานอาหารไม่มีพนักแขน ไม่สะดวกต่อการลุกนั่ง*
- การจัดวางเฟอร์นิเจอร์สับสน ไม่สามารถปรับเป็นพื้นที่นั่งทำกิจกรรมของผู้ป่วยได้**

ทางเดินภายใน

- ไม่พบทางลาดหรือราวจับบริเวณบันไดทางเข้าหลัก
- การจัดวางเฟอร์นิเจอร์ภายในบ้าน เป็นอุปสรรคขวางทางเดิน

หมายเหตุ

* หมายถึง ปัญหาด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

** หมายถึง ปัญหาด้านการส่งเสริมการรับรู้ และกระตุ้นความจำของผู้ป่วย

3) กรณีศึกษาที่ 8

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับผู้ดูแล (ลูกสาวผู้ป่วย) ลักษณะเป็นบ้านเดี่ยว 2 ชั้น อาศัยอยู่มาแล้ว 10 ปี โดยที่อยู่อาศัยด้านข้างเป็ชของลูกชายผู้ป่วย และทำทางเชื่อมบริเวณห้องครัว สำหรับกรณีต้องเข้ามาดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ด้านปัญหาการอยู่อาศัย ไม่พบพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม จากการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้ดูแลไม่ต้องการย้ายที่อยู่อาศัย และต้องการที่จะปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมากขึ้น ได้แก่ การติดตั้งราวจับในห้องน้ำ และการจัดสวนโดยให้ผู้ป่วยสามารถออกไปใช้พื้นที่สวนได้

ข้อมูลจากการสำรวจและการสังเกต

จากการสำรวจ พบว่าผู้ป่วยยังสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ โดยการประคองประคองจากผู้ดูแล และชอบ ทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การนั่งชมปลาในตู้ปลา , การออกกำลังกายโดยการดึงห่วง , การอ่านหนังสือ และการสนทนากับลูกหลาน (โดยเฉพาะเด็กเล็ก) ด้านปัญหาการอยู่อาศัย

ของผู้ป่วยไม่พบพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อการประกอบกิจวัตรประจำวันแต่ ปัญหาในเรื่องสภาพแวดล้อม ได้แก่ ทางลาดไม่มีราวจับ และพื้นทางลาดพื้นอาจเกิดการลื่นหกล้มได้ พื้นที่ใช้สอยภายในห้องน้ำไม่เอื้อต่อการใช้งานของผู้ป่วย เช่น มีโถปัสสาวะชาย เป็นต้น และการจัดทางเดินภายในบ้านไม่มีจุดสนใจ หรือกระตุ้นการรับรู้ และความจำของผู้ป่วย

การสำรวจปัญหาพื้นที่ใช้สอยภายในที่อยู่อาศัย

สวนภายนอก

- พื้นมีความลาดชัน อาจเกิดการสะดุดหกล้มจากการเดินหรือนั่งเก้าอี้รถเข็น*
- การตกแต่งสวนไม่มีจุดสนใจ หรือการตกแต่งด้วยสิ่งของที่ผู้ป่วยชื่นชอบ ไม่มีเก้าอี้หรือจุดนั่งพักภายในสวน**

ห้องนั่งเล่น

- เฟอร์นิเจอร์มีเหลี่ยมมุม แหวมคม อาจเกิดอันตรายจากการกระแทกได้*
- ไม่พบการตกแต่งผนังห้องด้วยรูปภาพ หรือการวางสิ่งของในอดีตของผู้ป่วย**
- การจัดพื้นที่ไม่เอื้อต่อการทำกิจกรรม เช่น การต่อจิ๊กซอว์ การอ่านหนังสือ เป็นต้น**

ห้องน้ำ

- พื้นภายในมีความต่างระดับกัน และไม่มีอุปกรณ์ช่วยพยุงตัว*
- ไม่มีที่นั่งอาบน้ำ กรณีที่ผู้ป่วยนั่งอาบน้ำ*
- พื้นภายในมีการติดตั้งอุปกรณ์ที่ไม่จำเป็น เช่น โถปัสสาวะชาย เป็นต้น*
- ไม่พบการตกแต่งการเปิดเพลงหรือใช้น้ำหอมเพื่อสร้างบรรยากาศภายในห้องน้ำ**

พื้นที่รับประทานอาหาร

- เก้าอี้รับประทานอาหารไม่มีพนักแขน ไม่สะดวกต่อการลุกนั่ง*
- การใช้ภาชนะ เช่น ฝักคลุมโต๊ะ และที่รองจาน เป็นต้น เป็นสีโทนเดียวกัน สังเกตได้ยากและไม่กระตุ้นให้เกิดการใช้งาน**

ห้องนอน

- ไม่พบการตกแต่งผนังห้อง ชั้นวางของด้วยรูปภาพ หรือสิ่งของในอดีตของผู้ป่วย**
- ตำแหน่งเตียงไม่สามารถเห็นห้องน้ำได้ และไม่พบการติดป้ายสัญลักษณ์ตามทาง**

ทางเดินภายใน

- พื้นมีความต่างระดับกัน และไม่มีอุปกรณ์ช่วยพยุงตัว ป้องกันการลื่นล้ม*
- ทางเดินขาดจุดสนใจหรือเก้าอี้นั่งพัก เพื่อกระตุ้นกิจกรรมการรับรู้ และความจำ**

- ไม่พบป้ายสัญลักษณ์ บอกทางไปยังพื้นที่ต่าง ๆ**

หมายเหตุ * หมายถึง ปัญหาด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

** หมายถึง ปัญหาด้านการส่งเสริมการรับรู้ และกระตุ้นความจำของผู้ป่วย

4) กรณีศึกษาที่ 9

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่า ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นแบบบ้านเดี่ยว 2 ชั้น หลังเดี่ยว เนื้อที่ประมาณ 1 ไร่ มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนจำนวน 8 คน โดยพื้นที่ใช้สอยของผู้ป่วยจะอยู่บริเวณชั้นล่าง ส่วนชั้นบนจะเป็นที่อยู่อาศัยของญาติผู้ป่วย ด้านพฤติกรรม การอยู่อาศัยผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว และไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแปรงฟัน เนื่องจากอาการโรคเส้นเลือดในสมองแตกและอาการเจ็บเส้นประสาทที่บริเวณใบหน้า นอกจากนี้ยังมีอาการหูตึงและไม่สามารถสื่อสารด้วยการสนทนาได้โดยสะดวก จากการสอบถามผู้ดูแลถึงการวางแผนในการเตรียมเพื่ออยู่อาศัยสำหรับผู้ป่วย พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้มีความปลอดภัยมากขึ้น ได้แก่ การติดตั้งราวจับบริเวณทางเดินภายใน ห้องน้ำและบริเวณเตียงภายในห้องนอน นอกจากนี้ผู้ดูแลยังให้ความสำคัญเรื่องสวนบริเวณหน้าบ้าน เพราะผู้ป่วยมักชอบนั่งชมวิวทิวทัศน์ ชอบน้ำพุ และชอบทำกิจกรรมร่วมกับลูกหลานของตน

ข้อมูลจากการสำรวจและการสังเกต

จากการสำรวจ พบว่า ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย เป็นบ้านเดี่ยว 2 ชั้น มีพื้นที่ใช้สอยที่เป็นพื้นที่สวนมาก และมีการจัดสวนแบบเปิดโล่ง ไม่รก จึงเหมาะต่อการเข้ามาใช้พื้นที่สวนสำหรับผู้ป่วย ในส่วน ภายในที่อยู่อาศัยมีการจัดวางเฟอร์นิเจอร์เป็นระเบียบ และไม่กีดขวางทางเดิน หรือเก้าอี้รถเข็นของผู้ป่วย รวมถึงได้มีการวางสิ่งของและรูปภาพในอดีตของผู้ป่วยไว้บริเวณทางเดิน และห้องนั่งเล่น เพื่อกระตุ้นการรับรู้และความจำสำหรับผู้ป่วย

การสำรวจปัญหาพื้นที่ใช้สอยภายในที่อยู่อาศัย

สวนภายนอก

- การจัดพื้นที่สวน ไม่มีการกำหนดทางเดิน และจุดสนใจ เช่น เก้าอี้พักผ่อน น้ำพุ , สิ่งของในอดีตของผู้ป่วย, เป็นต้น เพื่อกระตุ้นการรับรู้ และความจำของผู้ป่วย**
- ไม่พบการปลูกต้นไม้ ไม้ดอกที่มีสีสดใส เพื่อสร้างความสนใจเกิดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วย**

ห้องนั่งเล่น

- เฟอร์นิเจอร์เตี้ยและมีเหลี่ยมมุม แหลมคม อาจเกิดอันตรายจากการกระแทกได้*
- การจัดพื้นที่ไม่เอื้อต่อการทำกิจกรรมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น งานศิลปะ การต่อจิ๊กซอว์ การเล่นเกม เป็นต้น**

ห้องนอน

- ไม่พบการตกแต่งผนังห้อง หรือสิ่งของผู้ป่วยชื่นชอบ**
- ไม่พบการกำหนดทางเดินภายใน หรือจุดสนใจ เช่น แก้วน้ำงาช้างหรือทำกิจกรรม เป็นต้น เพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย และการกระตุ้นความจำ**

ห้องน้ำ

- ผนังกระจกกั้นบริเวณส่วนอาบน้ำ และไม่มีราวจับช่วยพยุงตัว*
- ไม่พบการจัดบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เช่น การเปิดเพลง การใช้น้ำหอม เป็นต้น**

พื้นที่รับประทานอาหาร

- แก้วรับประทานอาหารไม่มีพนักแขน ไม่สะดวกต่อการดื่มน้ำ*
- การจัดวางสิ่งของบนโต๊ะอาหาร มีความสับสน และไม่เอื้อต่อการทำกิจกรรมที่รองรับคนได้ 2-6 คน**

ทางเดินภายใน

- ไม่พบการกำหนดทางเดิน หรือจุดสนใจ หรือสิ่งของผู้ป่วยในอดีตเพื่อกระตุ้นการรับรู้และความจำสำหรับผู้ป่วย**
- บริเวณพื้นที่มีความต่างระดับกัน ไม่พบทางลาดหรือราวจับและกรณีผู้ป่วยนั่งเก้าอี้รถเข็น ไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้สะดวก*

หมายเหตุ

* หมายถึง ปัญหาด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

** หมายถึง ปัญหาด้านการส่งเสริมการรับรู้ และกระตุ้นความจำของผู้ป่วย

5) กรณีศึกษาที่ 10

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่า ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยเป็นแบบบ้านเดี่ยวแยกหลัง ในที่ดินเดียวกัน จำนวน 2 หลังประกอบด้วย หลังแรกเป็นที่อยู่อาศัยของลูกชายผู้ป่วยและพื้นที่ครัว ส่วนหลังที่สองเป็นที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยและผู้ดูแล ระยะเวลาในการอยู่อาศัยประมาณ 20 ปี ด้านปัญหาการอยู่อาศัยพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันบางอย่างได้ ได้แก่ การ

อาบน้ำ, การแต่งตัว และการเคลื่อนย้ายหรือลุกนั่ง จากการสอบถามผู้ดูแลยังไม่พบพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อการอยู่อาศัยของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะชอบทำกิจกรรมต่างๆอยู่ภายในบ้าน ได้แก่ ชอบชมโทรทัศน์โดยเฉพาะรายการกีฬามากมาย , อ่านหนังสือ และชอบดูต้นไม้ภายในสวน

ข้อมูลจากการสำรวจและการสังเกต

จากการสำรวจ พบว่า ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย ได้มีการปรับเปลี่ยนพื้นที่ใช้สอยบริเวณห้องนั่งเล่น ให้เป็นพื้นที่พักผ่อนของผู้ป่วย ประกอบด้วยพื้นที่นั่งชมโทรทัศน์ และพื้นที่รับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วย จากการสำรวจโดยรอบยังพบพื้นที่ที่มีความไม่ปลอดภัย ได้แก่ บริเวณประตูทางเข้าหลักที่มีธรณีประตู สูง 20 ซม. (ผู้ดูแลใช้ป้องกันปัญหาเรื่องน้ำท่วมเข้าในบ้าน) และการจัดวางเฟอร์นิเจอร์ที่ไม่จำเป็นซึ่งเป็นอุปสรรคกีดขวางทางเดินสำหรับผู้ป่วย รวมถึงพื้นทางเดินภายในสวนที่มีพื้นผิวขรุขระ อาจเกิดอันตรายจากการลื่นสะดุดหกล้มได้ เพราะผู้ป่วยจะชอบเข้ามาใช้พื้นที่สวนเป็นประจำทุกวัน

การสำรวจปัญหาพื้นที่ใช้สอยภายในที่อยู่อาศัย

สวนภายนอก

- ทางเดินขรุขระ และมีสิ่งกีดขวางทางเดิน*
- การจัดพื้นที่สวนไม่มีจุดสนใจ หรือกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วย**

ห้องนั่งเล่น

- การจัดวางเฟอร์นิเจอร์เกะกะขวางทางเดิน อาจได้อันตรายจากการสะดุดหกล้มได้*
- การจัดพื้นที่ไม่เอื้อต่อการทำกิจกรรม เช่น งานศิลปะ การต่อจิ๊กซอว์ เป็นต้น**
- พื้นทึบนอนพักผ่อนบริเวณม้านั่งยาว ไม่ติดผ้ามาจนเพื่อช่วยปรับแสงสว่างภายในห้อง**
- ไม่พบการตกแต่งผนังห้อง หรือการวางสิ่งของในอดีตที่ผู้ป่วยชื่นชอบ**

ห้องนอน

- ใช้แสงแบบ Direct Light ส่งผลต่อการนอนพักผ่อนของผู้ป่วยได้**
- ไม่พบการตกแต่งผนังห้องด้วยภาพถ่าย หรือการวางสิ่งของของผู้ป่วยในอดีต**

ห้องน้ำ

- การจัดวางเฟอร์นิเจอร์ขวางทางประตูทางเข้าห้องน้ำ และมีธรณีประตู*
- ไม่มีป้าย หรือสัญลักษณ์แสดงชื่อห้อง**
- ผนังกันห้องน้ำเตี้ย มีเหลี่ยมมุม และไม่มีราวจับช่วยพยุงตัว*

พื้นที่รับประทานอาหาร

- ไม่สามารถรองรับกิจกรรมหรือคนได้ 2-6 คน**

- เก้าอี้รับประทานอาหารไม่มีพนักแขน ไม่สะดวกต่อการลุกนั่ง*

ทางเดินภายใน

- บริเวณพื้นที่มีความต่างระดับกัน และจัดวางเฟอร์นิเจอร์ที่เป็นอุปสรรคขวางทางเดิน*
- ไม่พบการกำหนดเส้นทางเดิน จุดสนใจหรือพื้นที่ทำกิจกรรม เพื่อกระตุ้นการรับรู้และความจำของผู้ป่วย**
- พื้นที่ทางเดินภายนอกมีผิวขรุขระ และไม่มีราวจับช่วยพยุงตัว*

หมายเหตุ

* หมายถึง ปัญหาด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

** หมายถึง ปัญหาด้านการส่งเสริมการรับรู้ และกระตุ้นความจำของผู้ป่วย

6) กรณีศึกษาที่ 17

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่า ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยเป็นแบบอาคารพาณิชย์สูง 3 ชั้น อาศัยอยู่มาแล้วประมาณ 300 ปี จากการสอบถามผู้ดูแลยังไม่พบปัญหาเรื่องพื้นที่ใช้สอยแต่พบปัญหาเรื่องสภาพแวดล้อมที่เป็นฝุ่นละอองจากถนนด้านหน้า อย่างไรก็ตามผู้ดูแลมีความต้องการที่จะปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัยให้มีความปลอดภัยโดยการติดตั้งราวจับบริเวณห้องน้ำ และทางเดิน

ข้อมูลจากการสำรวจและการสังเกต

จากการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้บ้าง และมีพฤติกรรมชอบนอนพักผ่อนตลอดทั้งวันอยู่ในห้องนอน ทำให้ผู้ดูแลพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการพานั่งรถเข็นและนั่งชมทีวีที่สวนที่สวนบนชั้นดาดฟ้า อย่างไรก็ตามจากการสำรวจโดยการพบปัญหาการอยู่อาศัย ได้แก่การจัดวางเฟอร์นิเจอร์ภายในห้องนอนขวางทางเดิน และผูกเชือกติดตัวผู้ป่วยไว้เพื่อป้องกันพฤติกรรมชอบเดินวอกวนของผู้ป่วย และปัญหาการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เนื่องจากทางเดินภายในและบันไดมีความคับแคบต่อการช่วยพยุงตัวของผู้ป่วย

การสำรวจปัญหาพื้นที่ใช้สอยภายในที่อยู่อาศัย

สวนภายนอก

- อยู่บนชั้นดาดฟ้า ไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่นั่งเก้าอี้รถเข็นได้สะดวก*
- การจัดองค์ประกอบภายในสวน ไม่มีจุดสนใจ เช่น บ่อน้ำพุ , กองนก เป็นต้น**

ห้องนอน

- การจัดวางเฟอร์นิเจอร์เกะกะขวางทางเดิน*

- เติงสูงจากพื้น 40 ซม. และไม่มีที่กั้น เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยตกเตียง*
- ไม่พบการติดตั้งสัญญาณเตือนบริเวณประตู เพื่อป้องกันการเดินหลง*

ห้องน้ำ

- พื้นที่คับแคบต่อการเข้าไปช่วยเหลือของผู้ดูแล*
- ไม่มีป้าย หรือสัญลักษณ์แสดงชื่อห้อง**
- เฟอร์นิเจอร์มีเหลี่ยมมุมแหลมคม อาจเกิดอันตรายจากการถูกระแทกได้*

ทางเดินภายใน

- ทางเดินแคบและมีสิ่งกีดขวางทางเดิน*
- ทางเดินภายในห้องไม่มีจุดสนใจ ส่งเสริมกิจกรรมกระตุ้นการรับรู้และความจำผู้ป่วย**

หมายเหตุ

* หมายถึง ปัญหาด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

** หมายถึง ปัญหาด้านการส่งเสริมการรับรู้ และกระตุ้นความจำของผู้ป่วย

7) กรณีศึกษาที่ 18

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลและผู้ป่วย พบว่า ที่อยู่อาศัยมีรูปแบบอาคารพาณิชย์สูง 4 ชั้น ระยะเวลาการอยู่อาศัย 40 ปี โดยชั้น 1 ถึง ชั้น 3 ใช้เป็นพื้นที่ร้านค้าลักษณะเป็นร้านขายวัสดุ ก่อสร้าง ส่วนชั้น 4 และชั้นดาดฟ้า ใช้เป็นพื้นที่พักอาศัยและสวนภายนอก ด้านพฤติกรรมกรอยู่อาศัย ผู้ป่วยยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เอง โดยจะพึ่งพาผู้ดูแลเฉพาะในเรื่องของการอาบน้ำ แต่งตัว และการขับถ่าย ด้านปัญหาการอยู่อาศัยผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมชอบซุกซ่อนสิ่งของ และรื้อค้นสิ่งของเมื่อหาไม่พบ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังชอบการรื้อค้นเสื้อผ้าที่ใส่แล้ว โดยชอบนำมาสวมใส่ จนผู้ดูแลต้องคอยเก็บเสื้อผ้าให้ผู้ป่วยอยู่เป็นประจำ

ข้อมูลจากการสำรวจและสังเกต

จากการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยยังสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติมีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ โดยผู้ป่วยเป็นคนมีอัธยาศัยดี ชอบการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สนใจกิจกรรมที่เกี่ยวกับเกมส์ การแข่งขัน เช่น เกมส์ลูกบิก, เกมส์เวียงไฟ เป็นต้น นอกจากนี้ยังชอบการอ่านหนังสือ โดยเฉพาะหนังสือที่เกี่ยวข้องกับประวัติศาสตร์ เช่น สามก๊ก เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมชอบนอนพักผ่อนตลอดทั้งวันภายในห้องนั่งเล่น ซึ่งส่งผลต่อปัญหาในการรับประทานอาหาร และการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ

การสำรวจปัญหาพื้นที่ใช้สอยภายในที่อยู่อาศัย

สวนภายนอก

- อยู่ชั้นคาตฟ้า ผู้ดูแลสังเกตพฤติกรรมได้ยาก*
- ไม่มีป้ายบอกทาง หรือสัญลักษณ์แสดงตำแหน่งสวน**

ห้องนั่งเล่น

- การจัดที่นั่งไม่เอื้อต่อการทำกิจกรรม เช่น งานศิลปะ การเล่นเกม อ่านหนังสือ เป็นต้น**
- การจัดวางเฟอร์นิเจอร์เกะกะขวางทางเดิน*

ห้องนอน

- ประตูไม่ติดป้าย หรือสัญลักษณ์แสดงชื่อห้อง**
- ประตูไม่ติดตั้งสัญญาณเตือนหรือเครื่องป้องกันการเดินหลง*

ห้องน้ำ

- วางสิ่งของเกะกะขวางทางเดิน และพื้นมีความต่างระดับกัน*
- ประตูห้องไม่มีป้ายชื่อ และมีตัวล็อค*
- โถสุขภัณฑ์สูง 40 ซม. และฝารองที่นั่งใช้สีเดียวกับโถสุขภัณฑ์**
- พื้นในส่วนอาบน้ำไม่มีราวจับช่วยพยุงตัว กรณียืนอาบน้ำ*
- ไม่มีตู้เก็บสารเคมี หรือสิ่งของที่เป็นอันตรายพร้อมตัวล็อค*

ทางเดินภายใน

- ทางเดินแคบ และพื้นมีความต่างระดับกันบริเวณประตู*
- ไม่มีป้าย หรือสัญลักษณ์บอกทางและชื่อห้อง**
- การกำหนดทางเดิน หรือจุดสนใจมีความสับสนและไม่กระตุ้นให้เกิดกิจกรรม**

พื้นที่รับประทานอาหาร

- เก้าอี้ไม่มีพนักแขน ไม่สะดวกต่อการลุก-นั่ง*

หมายเหตุ

* หมายถึง ปัญหาด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

** หมายถึง ปัญหาด้านการส่งเสริมการรับรู้ และกระตุ้นความจำของผู้ป่วย

5.3 กลุ่มระยะสุดท้าย

1) กรณีศึกษาที่ 11

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่า ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นแบบบ้านเดี่ยว 2 ชั้น และบ้านเดี่ยวชั้นเดียวในที่ดินเดียวกัน โดยผู้ป่วยจะอาศัยอยู่บริเวณชั้นล่างของที่อยู่อาศัยส่วนผู้ดูแลจะอยู่บริเวณบ้านเดี่ยวชั้นเดียวที่แยกออกมาใกล้กับห้องนอนของผู้ป่วย และผู้ดูแลมองเห็นพฤติกรรม

ของผู้ป่วยได้ จากการสอบถามผู้ดูแลพบปัญหาสภาพแวดล้อมและปัญหาเรื่องขาดความปลอดภัย ได้แก่ อากาศไม่ถ่ายเทภายในห้องนอนของผู้ป่วย พื้นที่รับประทานอาหารมีแสงสว่างไม่เพียงพอ และไม่มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ราวจับ เป็นต้น ภายในห้องน้ำของผู้ป่วย ด้านปัญหาการอยู่อาศัยพบว่าผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามความเคยชิน และต้องการผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือตลอดเวลา

ข้อมูลจากการสำรวจและการสังเกต

จากการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา ได้แก่ การอาบน้ำ , การแต่งตัว สวมเสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้าย ลูกนั่ง การขับปัสสาวะอุจจาระ และการรับประทานอาหาร โดยผู้ป่วยจะมีอาการทางประสาท ไม่สามารถพูดสนทนา ควบคุมการเดิน หรือลุก-นั่ง ไม่ได้ ต้องคอยมีผู้ดูแลตลอดเวลา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจะชอบฟังเพลง (สุนทราภรณ์) เต็มลิลาศ และชอบพูดถึงเรื่องอดีต ได้แก่ มักพูดว่า “พอให้เงินมาสามบาท” หรือ “ไปทำคุกก็กัน” โดยผู้ป่วยชอบพูดเรื่องเดิมๆ เป็นประจำทุกวัน

การสำรวจปัญหาพื้นที่ใช้สอยภายในที่อยู่อาศัย

สวนภายนอก

- การจัดวางเฟอร์นิเจอร์ภายในสวนมีเหลี่ยมมุมแหลมคม อาจเกิดอันตรายได้*
- พื้นทางเดินขรุขระ ไม่เรียบ อาจเกิดการสะดุดหกล้มได้*
- ทางเดิน ไม่มีจุดสนใจหรือการทำกิจกรรมกระตุ้นการรับรู้ ความจำของผู้ป่วย**
- พบการปลูกพืชพรรณที่มีหนามแหลมคม ได้แก่ ใผ่เสียน*

ห้องนั่งเล่น

- ไม่พบการจัดพื้นที่เพื่อส่งเสริมกิจกรรม ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น งานศิลปะ การต่อจิ๊กซอว์ การเล่นเกม เป็นต้นสำหรับผู้ป่วย**
- การตกแต่งพื้นและผนังใช้สีโทนเดียวกัน ส่งผลต่อการรับรู้**

ห้องนอน

- ตำแหน่งเตียงนอนสำหรับผู้ป่วย ไม่สามารถมองเห็นห้องน้ำ และไม่มีป้ายสัญลักษณ์บอกทางไปยังพื้นที่ต่างๆ**
- พื้นและผนังใช้สีโทนเดียวกัน ส่งผลต่อการรับรู้**
- การจัดวางเฟอร์นิเจอร์พื้นที่แต่งตัว ไม่เป็นระเบียบ ผู้ป่วยอาจเกิดการสะดุดได้**
- ไม่พบการติดตั้งราวจับ หรือการใช้ไฟฟ้าแสงสว่าง บริเวณทางเดินภายในห้อง*

ห้องน้ำ

- เฟอร์นิเจอร์มีเหลี่ยมมุม อาจเกิดอันตรายจากการกระแทกได้*
- ไม่พบตู้เก็บสิ่งของที่เป็นอันตรายหรือสารพิษ พร้อมตัวล็อก*

พื้นที่รับประทานอาหาร

- การจัดวางเฟอร์นิเจอร์กะกะขวางทางเดิน และเฟอร์นิเจอร์มีเหลี่ยมมุมแหลมคม อาจเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย*
- เก้าอี้รับประทานอาหารไม่มีพนักแขน ไม่สะดวกต่อการลุก- นั่ง*

ทางเดินภายใน

- พบการวางเฟอร์นิเจอร์ สิ่งของเครื่องใช้กะกะขวางทางเดิน*
- ไม่พบการกำหนดเส้นทางเดิน จุดสนใจหรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรม เพื่อกระตุ้นการรับรู้และความจำของผู้ป่วย**
- พื้นที่ทางเดินมีความต่างระดับกัน ทั้งภายในและภายนอก*

หมายเหตุ

* หมายถึง ปัญหาด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

** หมายถึง ปัญหาด้านการส่งเสริมการรับรู้ และกระตุ้นความจำของผู้ป่วย

2) กรณีศึกษาที่ 12

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่า ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยเป็นแบบบ้านเดี่ยวชั้นเดียวปลูกสร้างในที่ดินเดียวกันกับบ้านของญาติผู้ป่วย อาศัยอยู่มาแล้ว 8 ปี ด้านพฤติกรรมผู้ป่วยจะชอบมีการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และมีพฤติกรรมชอบชุกชอนสิ่งของไว้ตามที่ต่างๆ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาการอยู่อาศัยในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เช่น การเคี้ยวอาหาร เป็นต้น โดยมักจะลืมวิธีการหรือปฏิบัติด้วยตนเองไม่ได้ ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา

ข้อมูลจากการสำรวจและการสังเกต

จากการสำรวจ พบว่า ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยมีความร่มรื่น และสงบเงียบ โดยบริเวณทางเข้าหลักได้มีการจัดพื้นที่สวนเชื่อมระเบียงบ้าน และพื้นที่ที่ผู้ป่วยมักจะออกมานั่งทำกิจกรรมอยู่เป็นประจำ ด้านปัญหาการอยู่อาศัยพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เอง ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา และปฏิบัติตามความเคยชิน

การสำรวจปัญหาพื้นที่ใช้สอยภายในที่อยู่อาศัย

สวนภายนอก

- ไม่พบการกำหนดเส้นทางเดิน จุดสนใจหรือกิจกรรมส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น เก้าอี้นั่งพักผ่อน , บ่อน้ำพุ, บ่อเลี้ยงปลา เป็นต้น**
- ไม่พบการติดตั้งสัญญาณเตือน หรือระบบลิฟต์ที่ประตูรั้วทางเข้า*

ห้องนั่งเล่นและพื้นที่รับประทานอาหาร

- ชุดเฟอร์นิเจอร์มีเหลี่ยมมุมแหลมคม เก้าอี้ไม่มีพนักแขน ไม่สะดวกต่อการลุก-นั่ง*
- การใช้สีพื้นและผนังและประตูปูสีโทนเดียวกัน สกอตได้ยาก**

ห้องนอน

- ไม่มีป้ายหรือสัญลักษณ์แสดงชื่อห้อง**
- การตกแต่งเฟอร์นิเจอร์ใช้สีฉูดฉาด ส่งผลต่อการรับรู้ และเกิดการสับสนได้**
- ไม่พบการตกแต่งผนังด้านรูปภาพ หรือสิ่งของในอดีตของผู้ป่วย**

ห้องน้ำ

- ไม่มีป้ายหรือสัญลักษณ์บอกตำแหน่งไปยังห้องน้ำ**
- ประตูมีตัวล็อก และแคบต่อการเข้าไปให้ความช่วยเหลือของผู้ดูแล*

ทางเดินภายใน

- พื้นทางเดินขรุขระ และไม่ติดตั้งแสงสว่างในเวลาากลางคืน*

หมายเหตุ

* หมายถึง ปัญหาด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

** หมายถึง ปัญหาด้านการส่งเสริมการรับรู้ และกระตุ้นความจำของผู้ป่วย

3) กรณีศึกษาที่ 13

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่า ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยเป็นแบบบ้านเดี่ยวทรงไทย ยกใต้ถุนสูง อาศัยอยู่มาแล้ว 100 ปี มักมีปัญหาเรื่องน้ำท่วมอยู่เป็นประจำ พื้นที่โดยรอบใช้เป็นที่สำหรับเพาะพันธุ์ไม้เนื่องจากผู้ดูแล ประกอบอาชีพรับเหมาจัดสวน ด้านปัญหาการอยู่อาศัย พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เอง ต้องพึ่งผู้ดูแลตลอดเวลาและผู้ป่วย ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้โดยสะดวกประกอบกับผู้ป่วยเป็นคนร่างใหญ่ ทำให้ผู้ดูแลมีความลำบากในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ต้องนั่งเก้าอี้รถเข็นตลอดเวลา ด้านการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัยพบว่ามี การติดตั้งทางลาดบริเวณทางเดิน จากห้องนอนไปยังห้องน้ำและเปลี่ยน

ตำแหน่งที่จอดรถเพื่อสะดวกต่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบปัญหาสภาพอากาศร้อนในห้องนอนของผู้ป่วยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และนอนไม่หลับ จึงทำให้ต้องติดตั้งเครื่องปรับอากาศในภายหลัง

ข้อมูลจากการสำรวจและการสังเกต

จากการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จะต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลาและปฏิบัติตามวัตรประจำวันตามความเคยชิน โดยผู้ป่วยจะเคลื่อนไหวร่างกายด้วยการนั่งเก้าอี้รถเข็นตลอดเวลา นอกจากนี้จากการสำรวจไม่พบการจัดเส้นทางเดิน หรือกิจกรรมที่ส่งเสริมหรือกระตุ้นความจำ เช่น การติดตามจับบริเวณทางเดิน การวางเก้าอี้ตามจุดที่พักหรือทำกิจกรรม , การทำทางลาดและราวจับเชื่อมกับพื้นที่ด้านล่าง เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และการกระตุ้นการรับรู้และความจำ

การสำรวจปัญหาพื้นที่ใช้สอยภายในที่อยู่อาศัย

สวนภายนอก

- มีการจัดวางกระถางต้นไม้และวางสิ่งของเกะกะขวางทางเดิน*
- ไม่พบพื้นที่นั่งพักผ่อน หรือจุดสนใจ หรือสิ่งของผู้ป่วยในอดีต ภายในสวน**

ห้องนั่งเล่น

- การใช้สีพื้นและผนังเป็นสีโทนเดียวกัน รวมถึงพื้นมีความต่างระดับกันสังเกตได้ยาก**
- ไม่พบการจัดวางเฟอร์นิเจอร์ที่เอื้อต่อการทำกิจกรรม เช่น การต่อจิ๊กซอว์ เป็นต้น**
- ใช้เก้าอี้แบบนอนราบ และไม่สามารถปรับได้ ไม่สะดวกต่อการลุกนั่ง*

ห้องนอน

- ประตูไม่มีป้าย หรือสัญลักษณ์บอกชื่อห้อง**

ห้องน้ำ

- พบการวางสิ่งของขวางทางเดิน อาจเกิดอันตรายจากการสะดุดหกล้มได้*
- ไม่พบการติดตั้งสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ราวจับ เป็นต้น ภายในห้องน้ำ*

พื้นที่รับประทานอาหาร

- การจัดชุดเฟอร์นิเจอร์ไม่เหมาะสมต่อการใช้งานของผู้ป่วยที่นั่งเก้าอี้รถเข็น*
- ไม่พบการส่งเสริมการทำกิจกรรมปฏิสัมพันธ์ทางสังคม**

ทางเดินภายใน

- การใช้พื้นที่กับผนังเป็นสีโทนเดียวกันไม่มีป้ายสัญลักษณ์บอกทางไปยังพื้นที่ต่างๆ**
- ไม่พบการติดตั้งราวจับ บริเวณเส้นทางเดินที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ*

- ทางเดิน ไม่มีจุดสนใจหรือกิจกรรมเพื่อกระตุ้นการรับรู้ และความจำของผู้ป่วย**

หมายเหตุ * หมายถึง ปัญหาด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

** หมายถึง ปัญหาด้านการส่งเสริมการรับรู้ และกระตุ้นความจำของผู้ป่วย

4) กรณีศึกษาที่ 14

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมการแสดงออกทางเพศตรงข้าม การพูดคำหยาบ หรือบางครั้งก็พูดจากร้าว และมักพูดเรื่องเดิมๆ ในอดีต อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้บ้าง และชอบทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ ให้อาหารนกพิราบ อ่านหนังสือ , ชมโทรทัศน์ และนั่งชมวีวบริเวณสวนภายนอก อย่างไรก็ตามจากการสอบถามการวางแผนเตรียมการด้านที่อยู่อาศัย ผู้ดูแลมีความคิดที่จะปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัยให้มีความเหมาะสมกับผู้ดูแล โดยการจัดเส้นทางเดิน และพื้นที่ใช้สอยในห้องนอน , ห้องน้ำ และห้องรับแขก ให้มีสภาพแวดล้อมที่ดีขึ้น

ข้อมูลจากการสำรวจและการสังเกต

จากการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาตัวเองได้บ้าง และไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้โดยสะดวกต้องใช้เก้าอี้รถเข็น โดยพบว่าผู้ดูแลได้มีการต่อเติมพื้นทางลาดบริเวณทางเข้าและห้องน้ำสำหรับเข็นเก้าอี้รถเข็นผ่านไปได้ อย่างไรก็ตามการเตรียมทางลาดดังกล่าวยังเป็นแบบชั่วคราว ซึ่ง ไม่มั่นคงแข็งแรง อาจเกิดอันตรายจากการใช้งานได้ ด้านปัญหาการอยู่อาศัย พบว่าผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ มักนำปัสสาวะของตนที่ปัสสาวะใส่โถแล้ว มาใส่ถุง โดยมีความคิดว่าเป็นผนังที่มีร่องน้ำเหมือนกับบ้านที่ตนเองอาศัยอยู่ เมื่อตอนเด็กๆ ทำให้เกิดกลิ่นเหม็นและเกิดความสกปรกขึ้นในห้องนอนของผู้ป่วย

การสำรวจปัญหาพื้นที่ใช้สอยภายในที่อยู่อาศัย

สวนภายนอก

- ไม่พบการจัดพื้นที่ทำกิจกรรม หรือจุดนั่งพัก เพื่อกระตุ้นการรับรู้ และความจำ**
- ทางเชื่อมสวนบริเวณทางเข้าหลักเป็นบันไดและทางลาดไม่มีราวจับรวมถึงพื้นที่บันไดใช้สีลูกตั้งและลูกนอนเป็นสีโทนเดียวกัน ผู้ป่วยอาจเดินสะดุดหกล้มได้*

ห้องนั่งเล่น

- ใช้วัสดุปูพื้นสะท้อนแสงและสะท้อนเสียง อาจเกิดเสียงรบกวนผู้ป่วยได้**
- การจัดพื้นที่ห้องนั่งเล่น ไม่เอื้อต่อการทำกิจกรรม เช่น การต่อจิ๊กซอว์ เป็นต้น**

- การจัดวางเฟอร์นิเจอร์กะกะขวางทางเดิน อาจเกิดการสะดุดหกล้มได้

ห้องนอน

- การจัดวางเฟอร์นิเจอร์กะกะขวางทางเดิน*
- การตกแต่งผนังไม่มีภาพถ่ายหรือสิ่งของในอดีตของผู้ป่วย**
- พบการวางสิ่งของที่เป็นอันตรายและสิ่งของที่ไม่จำเป็นอยู่ตามที่ต่างๆผู้ป่วยอาจเกิดอาการสับสนได้ และไม่พบตู้เก็บของที่มีตัวล็อค*

ห้องน้ำ

- เฟอร์นิเจอร์มีเหลี่ยมมุมแหลมคม ผู้ป่วยอาจเกิดอันตรายจากการกระแทกได้*
- ไม่พบราวจับหรืออุปกรณ์อำนวยความสะดวกกรณีผู้ป่วยนั่งอาบน้ำ*
- การจัดพื้นที่ในห้องน้ำมีความไม่สะดวกต่อการเข้าไปให้ความช่วยเหลือของผู้ดูแล*
- ไม่พบการตกแต่งเพื่อสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เช่น เปิดเพลง ใช้น้ำหอม เป็นต้น**

พื้นที่รับประทานอาหาร

- การจัดวางเฟอร์นิเจอร์กะกะขวางทางเดิน*
- การวางสิ่งของไม่เป็นระเบียบและไม่เก็บเข้าตู้เก็บของที่มีตัวล็อค*
- พื้นที่ครัวหรือพื้นที่เตรียมอาหารไม่จำกัดการเข้าถึงของผู้ป่วย อาจเกิดอันตรายได้*
- การจัดพื้นที่ไม่เอื้อต่อการทำกิจกรรมและรองรับคนได้ 2-6 คน**

ทางเดินภายใน

- ทางลาดไม่มีราวจับหรือขอบกันตก และไม่แข็งแรงอาจเกิดอันตรายได้*
- การกำหนดเส้นทางเดินไม่มีจุดสนใจหรือการทำกิจกรรม เพื่อกระตุ้นการรับรู้และความจำของผู้ป่วย**

หมายเหตุ

* หมายถึง ปัญหาด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

** หมายถึง ปัญหาด้านการส่งเสริมการรับรู้ และกระตุ้นความจำของผู้ป่วย

5) กรณีศึกษาที่ 15

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่า ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยเป็นแบบบ้านเดี่ยวชั้นเดียว อาศัยอยู่มาแล้ว 30 ปี มีการต่อเติมพื้นที่ห้องนั่งเล่น เป็นห้องนอนของผู้ป่วย และติดตั้งราวจับช่วยพยุงตัวบริเวณทางเข้าห้องน้ำ ด้านปัญหาการอยู่อาศัยพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตร

ประจำวันได้เอง และไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ เนื่องจากมีอาการของโรคพาร์กินสัน และอาการกระดูกสันหลังหัก จึงทำให้ต้องมีผู้ดูแลคอยให้การดูแลอย่างใกล้ชิด

ข้อมูลจากการสำรวจและการสังเกต

จากการสำรวจ พบว่า ผู้ดูแลได้มีการจัดสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย โดยการกั้นห้องนอน และจัดวางเฟอร์นิเจอร์ให้เป็นระเบียบกีดขวางทางเดิน รวมถึงการขอติดตั้งอุปกรณ์ช่วยพยุงตัว อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจยังพบผู้ดูแลไม่ได้ให้ความสำคัญหรือส่งเสริมกิจกรรมกระตุ้นการรับรู้และความจำของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

การสำรวจปัญหาพื้นที่ใช้สอยภายในที่อยู่อาศัย

สวนภายนอก

- ไม่พบการจัดพื้นที่สวน หรือกิจกรรมสำหรับผู้ป่วย**
- การกำหนดทางเดินสับสน และมีสิ่งกีดขวางทางเดิน**

ห้องนั่งเล่น

- การจัดโต๊ะ – เก้าอี้ ไม่เอื้อต่อการทำกิจกรรมส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น งานศิลปะต่างๆ การเล่นเกม การอ่านหนังสือ เป็นต้น**
- การตกแต่งไม่มีภาพวาดหรือภาพถ่ายในอดีตของผู้ป่วย**

ห้องนอน

- การจัดเตียงและเฟอร์นิเจอร์ภายในห้องระเกะระกะกีดขวางทางเดินและไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่นั่งเก้าอี้รถเข็นได้สะดวก*
- ไม่พบการตกแต่งไม่มีภาพวาดหรือภาพถ่ายในอดีตของผู้ป่วย**

ห้องน้ำ

- พื้นห้องใช้สีฉูดฉาดอาจทำให้เกิดอาการสับสนสำหรับผู้ป่วยได้**
- ไม่มีเก้าอี้นั่งอาบน้ำกรณนี้ผู้ป่วยทรงตัวได้ไม่ดี*
- สุขภัณฑ์มีความสูง 40 ซม. ไม่สะดวกต่อการลุก – นั่ง*

ทางเดินภายใน

- พบการวางพรมเช็ดเท้าบริเวณทางเดิน อาจเกิดการลื่นล้มได้*
- การกำหนดเส้นทางเดิน ไม่มีจุดสนใจหรือการทำกิจกรรมส่งเสริมการกระตุ้นความจำผู้ป่วย เพื่อคงความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน**

พื้นที่รับประทานอาหาร

- เก้าอี้รับประทานอาหารไม่มีพนักแขน ไม่สะดวกต่อการลุกนั่ง*
- การจัดพื้นที่ไม่สามารถรองรับกิจกรรมต่างๆ ได้ เช่น การอ่านหนังสือ เป็นต้น**

หมายเหตุ

* หมายถึง ปัญหาด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

** หมายถึง ปัญหาด้านการส่งเสริมการรับรู้ และกระตุ้นความจำของผู้ป่วย

6) กรณีศึกษาที่ 19

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และมีการทางประสาท จึงต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นทาวเฮาส์ 2 ชั้น อาศัยอยู่มาแล้ว 30 ปี จากการสอบถามผู้ดูแลพบปัญหาการอยู่อาศัยของผู้ป่วย ได้แก่

1. ผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมเดินวนเวียนไปมา จึงต้องมีการจัดวางเฟอร์นิเจอร์ให้เป็นระเบียบ ไม่กีดขวางทางเดิน
2. บันไดมีความแคบประมาณ 1.00 เมตร ไม่สะดวกต่อการประคับประคองผู้ป่วย
3. ห้องน้ำไม่มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ราวจับ ที่นั่งอาบน้ำ เป็นต้น ผู้ป่วยอาจลื่นสะดุดหกล้มได้
4. เตียงผู้ป่วยเป็นแบบปูนนอนราบกับพื้น ไม่สะดวกต่อการลุก – นั่ง หรือการช่วยดึงผู้ป่วย ขึ้นจากเตียงนอน

ข้อมูลจากการสำรวจและการสังเกต

จากการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และมีอาการทางประสาทไม่สามารถสื่อสาร หรือสนทนาได้ตามปกติ มีพฤติกรรมชอบเดินไปมา และพูดบ่นถึงเรื่องราวในอดีตของตนตลอดเวลา ด้านสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัย พบว่ามีการจัดวางเฟอร์นิเจอร์เกะกะขวางทางเดิน และไม่สามารถเคลื่อนย้ายตำแหน่งเฟอร์นิเจอร์ได้เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความเคยชิน และอาจส่งผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวันซึ่งผู้ป่วยได้

การสำรวจปัญหาพื้นที่ใช้สอยภายในที่อยู่อาศัย

ห้องนั่งเล่น

- เฟอร์นิเจอร์มีเหลี่ยมมุม แหลมคม อาจเกิดอันตรายจากการถูกระแทกได้*
- การจัดที่นั่งไม่เอื้อต่อการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมการกระตุ้นความจำ**

ห้องนอน

- ใช้เตียงแบบปูราบกับพื้น ไม่สะดวกต่อการลุก – นั่ง*
- ไม่พบการติดรูปภาพในอดีต หรือสิ่งของที่ผู้ป่วยชื่นชอบ**

พื้นที่ว่างภายนอก

- ไม่พบพื้นที่สำหรับกิจกรรมของผู้ป่วย จุดสนใจต่างๆเพื่อกระตุ้นการรับรู้ความจำ**

ห้องน้ำ

- มีความต่างระดับกันและไม่มีราวจับช่วยพยุงตัว*
- สุขภัณฑ์เตี้ย ความสูง 40 ซม. ไม่สะดวกต่อการลุก – นั่ง*
- ไม่พบการตกแต่งเพื่อสร้างบรรยากาศ เช่น การเปิดเพลง การใช้น้ำหอม เป็นต้น**

พื้นที่รับประทานอาหาร

- เก้าอี้รับประทานอาหารไม่มีพนักแขน ไม่สะดวกต่อการลุกนั่ง*
- เฟอร์นิเจอร์มีเหลี่ยมมุม อาจเกิดอันตรายจากการถูกระแทกได้*

ทางเดินภายใน

- การกำหนดเส้นทางเดินไม่มีการส่งเสริมกิจกรรมการกระตุ้นความจำของผู้ป่วย**
- การจัดวางเฟอร์นิเจอร์กะกะขวางทางเดิน อาจเกิดการสะดุดหกล้มได้*

หมายเหตุ

* หมายถึง ปัญหาด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

** หมายถึง ปัญหาด้านการส่งเสริมการรับรู้ และกระตุ้นความจำของผู้ป่วย

7) กรณีศึกษาที่ 20

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และต้องพึ่งพาผู้ดูแลอยู่ตลอดเวลา ได้แก่ การรับประทานอาหาร , การเข้าห้องสุขา, การเดิน ลุก – นั่ง การขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระและและการอาบน้ำ แต่งตัว ด้านปัญหาสภาพแวดล้อมพบว่า ผู้ดูแลต้องการจัดสภาพแวดล้อมให้มีแสงสว่างเพียงพอตลอดทั้งวัน และมีการระบายอากาศที่ดี

ข้อมูลจากการสำรวจและการสังเกต

จากการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องให้อาหารทางสายยาง และมีสภาพร่างกายที่อ่อนแอ ด้านพฤติกรรมกรอยู่อาศัย พบว่า ผู้ป่วยชอบฟังเพลงโดยเฉพะ เพลงหรือบทสวดมนต์ ที่เกี่ยวกับธรรมะ และจะนอนพักผ่อนอยู่ภายในบริเวณห้องนอนตลอดทั้งวัน จากการเดินสำรวจยังพบปัญหาสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยบริเวณห้องน้ำ และทางเดิน ที่พื้นมักมีความต่างระดับกัน และมีการวางสิ่งของกีดขวางทางเดิน

การสำรวจปัญหาพื้นที่ใช้สอยภายในที่อยู่อาศัย

ห้องนอน , ห้องนั่งเล่น

- การจัดวางเฟอร์นิเจอร์กะกะขวางทางเดิน ไม่สะดวกต่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย*
- เฟอร์นิเจอร์มรเหลี่ยมมุมแหลมคม อาจเกิดอันตรายจากการถูกกระแทกได้*
- ไม่พบการตกแต่งผนังด้วยภาพหรือการวางสิ่งของที่ผู้ป่วยชื่นชอบไว้ในบริเวณที่สังเกตเห็นได้ง่าย**

ห้องน้ำ

- พื้นมีความต่างระดับกัน และมีการจัดวางเฟอร์นิเจอร์ที่ไม่จำเป็น*
- แก้วน้ำอ่างอาบน้ำไม่มีความแข็งแรง อาจเกิดอันตรายได้*
- สุขภัณฑ์เตี้ยเกินไปสูงประมาณ 40 ซม. ไม่สะดวกต่อการลุก – นั่ง*
- ไม่พบการตกแต่งเพื่อสร้างบรรยากาศที่ดี เช่น การเปิดเพลง ใช้น้ำหอม เป็นต้น**

ทางเดินภายใน

- ไม่มีการติดตั้งทางลาดสำหรับผู้ป่วยที่นั่งเก้าอี้รถเข็น*
- การกำหนดเส้นทางเดิน ไม่มีจุดสนใจ หรือส่งเสริมให้เกิดการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การติดรูปภาพในอดีตของผู้ป่วย การวางสิ่งของที่ผู้ป่วยชื่นชอบ ไว้ตามทางเดิน**

หมายเหตุ

* หมายถึง ปัญหาด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

** หมายถึง ปัญหาด้านการส่งเสริมการรับรู้ และกระตุ้นความจำของผู้ป่วย

5.4 สรุปผลการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ปัญหาการอยู่อาศัย

ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 กลุ่มตัวอย่าง สามารถนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับแนวคิดการจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมในต่างประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม โดยผู้วิจัยจะแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่มตามระยะการดำเนินอาการโรคสมองเสื่อม ได้แก่ กลุ่มระยะแรก กลุ่มระยะกลาง และกลุ่มระยะสุดท้าย สามารถอธิบายได้ดังนี้

กลุ่มระยะแรก จากผลการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการวางแผนและการเตรียมที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยยังมีความพอใจและไม่ต้องการปรับปรุงหรือวางแผนต่อเติมที่อยู่อาศัย เนื่องจากผู้ป่วยยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคอื่นแทรกซ้อน ซึ่งส่งผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น พาร์กินสัน โรคข้อเสื่อม เป็น

ต้น ผู้ดูแลจะมีความต้องการที่จะปรับปรุงที่อยู่อาศัย โดยการติดตั้งอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก ได้แก่ แก้วอีร์ดเซ็น, ราวจับ, เตียงนอนแบบมีที่กันขอบ และทางลาด

จากการสำรวจ พบว่า ยังมีพื้นที่ภายในที่อยู่อาศัยที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีความไม่ปลอดภัย ได้แก่ พื้นบริเวณทางเดินไม่เรียบ ผิวขรุขระ และมีความต่างระดับกัน, ความกว้างของประตูแคบเกินไปสำหรับแก้วอีร์ดเซ็น, วางสิ่งของมีคมหรือสารเคมีที่อาจเป็นอันตรายกับผู้ป่วยไว้ในที่ต่างๆ และขนาดพื้นที่ของห้องน้ำมีความคับแคบ ไม่มีการติดตั้งอุปกรณ์ช่วยพยุงตัวเพื่อความปลอดภัย

กลุ่มระยะกลาง จากผลการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการวางแผนและการเตรียมที่ อยู่อาศัย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความต้องการที่จะปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัย เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงส่งผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวันและการอยู่อาศัย ได้แก่ การติดตั้งเครื่องปรับอากาศที่ห้องนอน เพื่อลดอาการสับสนก้าวร้าวในช่วงเวลากลางวัน, การสลับห้องนอนผู้ป่วยมาอยู่ที่ชั้นล่างหรือขยายห้องนอนให้กว้างขึ้นสำหรับผู้ดูแล, การติดตั้ง อุปกรณ์ช่วยพยุงตัวในห้องน้ำและทางเดิน, การวางตู้ปลาในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ ชัดเจน, การติดตั้งอุปกรณ์เครื่องช่วยออกกำลังกาย และการวางอัลบั้มภาพหรือสิ่งของผู้ป่วยไว้ใน ห้องนอนและห้องนั่งเล่น เพื่อส่งเสริมกิจกรรมกระตุ้นความจำให้กับผู้ป่วย

จากการสำรวจ พบว่า ได้มีการติดตั้งอุปกรณ์และจัดพื้นที่ใช้สอยภายในที่อยู่อาศัยสำหรับผู้ป่วย เพื่อช่วยลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ในด้านความปลอดภัยยังมีพื้นที่ที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีความไม่ปลอดภัยเกิดขึ้นได้ ได้แก่ พื้นทางเดิน ทางลาดมีผิวลื่นและมีราวจับ, บันไดทางเข้า มีระยะลูกตั้งมากและไม่มีราวจับ, ทางเดินมีสิ่งกีดขวางและมืด, ห้องน้ำไม่มีที่นั่งในส่วนอาบน้ำ หรืออุปกรณ์ช่วยพยุงตัว และบันไดขั้นสุดท้ายชั้นบนไม่มีรั้วกันกันผู้ป่วยตกลงมา

กลุ่มระยะสุดท้าย จากผลการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการวางแผนและการเตรียมที่ อยู่อาศัย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีความต้องการที่จะปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัย เนื่องจากผู้ป่วยจะสูญเสียความทรงจำ ไม่สามารถรับรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ และมีความเคยชินในการ ประกอบกิจวัตรประจำวันในแต่ละวัน ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัยจึง อาจส่งผลต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยได้

จากการสำรวจ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยได้มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัย ทั้ง ในด้านความปลอดภัย และด้านการกระตุ้นความทรงจำ ได้แก่ การติดตั้งทางลาดสำหรับแก้วอีร์ดเซ็น, การขยายความกว้างของประตู, การตกแต่งผนังห้องด้วยวัสดุที่ผู้ป่วยคุ้นเคย, การติด รูปภาพหรือวางสิ่งของผู้ป่วยในอดีต และการสร้างบรรยากาศโดยการเปิดเพลงที่ผู้ป่วยชื่นชอบ ใน ส่วนของขนาดพื้นที่ใช้สอยยังพบปัญหาความคับแคบของพื้นที่ใช้สอย ได้แก่ ห้องน้ำ และทางเดิน โดยมีสิ่งกีดขวางทางเดินและผู้ดูแลไม่สามารถช่วยพยุงตัวหรือเข้าไปให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การสำรวจและเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในที่อยู่อาศัยประเภทบ้านเดี่ยว เพื่อเตรียมการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและมีความปลอดภัย ผู้วิจัยจึงได้สร้างแบบสอบถามแบบสำรวจ และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ได้แก่ สภาพสังคม เศรษฐกิจ พฤติกรรมการอยู่อาศัย สภาพปัญหาการอยู่อาศัย เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ซึ่งผลการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และแผนในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สามารถอธิบายได้ดังนี้

6.1 ข้อมูลสภาพสังคม เศรษฐกิจ และการอยู่อาศัย

6.1.1 กลุ่มระยะแรก

กลุ่มระยะแรก ได้แก่ กรณีศึกษาที่ 1, กรณีศึกษาที่ 2, กรณีศึกษาที่ 3, กรณีศึกษาที่ 4, กรณีศึกษาที่ 5, และกรณีศึกษาที่ 16 ผลการเก็บข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะต้องพึ่งพาบ้าง (ค่าคะแนน ADL อยู่ในช่วง 2-4 /6) มีระดับความจำอยู่ในระดับต้นๆ (ค่า GDS อยู่ในช่วง 2-3 /7) ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมของโรคสมองเสื่อมในระยะแรก ได้แก่ การหลงลืมวัน เวลา และสถานที่ที่คุ้นเคย, ชอบพูดถึงเรื่องเก่าๆในสมัยอดีตของตนเองอยู่เป็นประจำ, ลืมเหตุการณ์หรือสิ่งที่ตนเพิ่งกระทำไป และมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการประกอบกิจวัตรประจำวันที่เปลี่ยนไป เช่น การแต่งตัว ระยะเวลาในการนอน เป็นต้น

ด้านสภาพสังคม เศรษฐกิจ ผู้ป่วยยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางสังคมได้เป็นปกติ และมักไม่ยอมรับว่าตนเองมีอาการป่วย ส่วนผู้ดูแลจะต้องลาออกจากงานทันทีเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการของโรคสมองเสื่อม ส่วนค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยจะมีรายได้ส่วนใหญ่มาจากบุตร เงินบำนาญและทรัพย์สินส่วนตัวผู้ป่วยเอง โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยแต่ละเดือนประมาณ 10,000 – 15,000 บาทต่อเดือน

ด้านสภาพการอยู่อาศัย ผู้ป่วยจะพักอาศัยอยู่ในที่อยู่อาศัยเดิม และอาศัยอยู่กับสามี ภรรยาหรือบุตรของตน โดยผู้ป่วยในระยะนี้ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติ แต่จะมีเฉพาะเรื่องการแต่งตัว ช่วงเวลาในการรับประทานอาหารและการรับประทานยารักษา ที่ต้องให้ผู้ดูแลคอยช่วยเหลือ ในส่วนสภาพแวดล้อมทางกายภาพในที่อยู่อาศัย ผู้ดูแลไม่ได้มีการวางแผนหรือจัดเตรียมสภาพแวดล้อมให้กับผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่มีอาการหรือพฤติกรรมของโรคและยังสามารถประกอบกิจวัตรได้ตามปกติ

6.1.2 กลุ่มระยะกลาง

กลุ่มระยะกลาง ได้แก่ กรณีศึกษาที่ 6, กรณีศึกษาที่ 7, กรณีศึกษาที่ 8, กรณีศึกษาที่ 9, กรณีศึกษาที่ 10, กรณีศึกษาที่ 17 และกรณีศึกษาที่ 18 ผลการเก็บข้อมูล พบว่า พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะต้องพึ่งพาบ้าง (ค่าคะแนน ADL อยู่ในช่วง 3-4 /6) มีระดับความจำอยู่ในระดับกลาง (ค่า GDS อยู่ในช่วง 4-5 /7) ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมอาการของโรคสมองเสื่อมมากขึ้น ได้แก่ มีอาการหวาดระแวง กลัวว่าจะมีผู้อื่นมาทำร้าย, หวงแหนทรัพย์สินสมบัติ, มักพูดเรื่องเหตุการณ์เดิมซ้ำๆ ในอดีต, ถามคำถามเดิมซ้ำๆ หลายครั้ง, มีอาการเห็นภาพหลอนและแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว มีอาการเหินห่างสามีหรือภรรยาของตน สูญเสียความสามารถในการรับรู้สิ่งใหม่ๆ และไม่สามารถวางแผนหรือทำงานที่มีความซับซ้อนได้

ด้านสภาพสังคม เศรษฐกิจ ผู้ป่วยเริ่มมีพฤติกรรมไม่ชอบเข้าสังคม และมักเก็บตัวอยู่คนเดียวตามลำพัง ซึ่งในระยะนี้ผู้ดูแลจะมีภาวะความเครียด เพราะต้องรับภาระในการดูแลและจัดการกับพฤติกรรมปัญหาเพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ ชอบร้องคั่นเสียงของแสดงอาการก้าวร้าว ไม่ชอบการอาบน้ำ จำไม่ได้ว่ารับประทานอาหารไปแล้วหรือยัง ในส่วนของค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจะเป็นหน้าที่ของบุตรหรือญาติของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยจะไม่สามารถรับรู้หรือวางแผน การคิดคำนวณเกี่ยวกับการใช้จ่ายต่างๆ ได้ โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในแต่ละเดือนประมาณ 15,000-20,000 บาทต่อเดือน

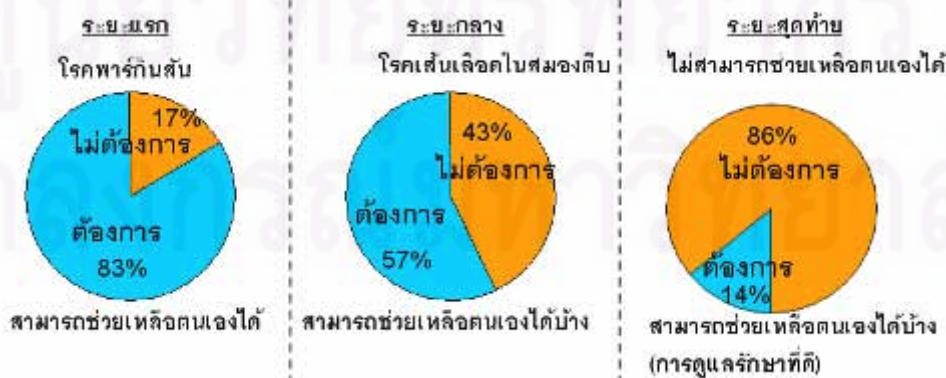
ด้านสภาพการอยู่อาศัย ผู้ป่วยจะพักอาศัยอยู่ในที่อยู่อาศัยเดิมกับญาติของตน โดยผู้ป่วยมักจะเก็บตัวอยู่ตามลำพังและไม่ชอบการมีสังคมเหมือนในช่วงแรกๆ และชอบทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ตนชอบอยู่ในห้องนอน ห้องพักผ่อน และพื้นที่สวนภายนอก ได้แก่ นั่งดูทีวีหรือรูปภาพของตนเองในอดีต, นอนพักผ่อนอยู่ที่โซฟาหรือเตียงนอนในห้องนั่งเล่น, ดูรูปภาพในหนังสือหรืออัลบั้มเก็บภาพที่ตนชอบ, ฟังเพลงคลาสสิกหรือเพลงบรรเลงที่ตนชอบ และชอบนั่งชมวิวอยู่ในสวนภายนอก ในส่วนของการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัย ผู้ดูแลจะคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยมากขึ้น โดยการติดตั้งทางลาดและราวจับในส่วนของห้องน้ำ ทางเดินภายในทางเข้าหลัก และมีการกำหนดพื้นที่หรือกั้นห้องนอนสำหรับผู้ป่วยขึ้นใหม่ กรณีที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ชั้นบนหรือมีปัญหาในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยใช้เก้าอี้รถเข็น นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่กระตุ้นความจำผู้ป่วย และคงความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยให้เป็นไปตามปกติ ได้แก่ การติดรูปภาพของคนในครอบครัวที่ผนังห้องนั่งเล่น และห้องนอน, การวางตุ๊กตาไว้ในห้องนั่งเล่นเพื่อกระตุ้นการรับรู้, การใช้วัสดุเดียวกันกับประตูปิดผนังห้องนอนหรือห้องนั่งเล่น เพื่ออำพรางและป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยเดินหลงออกไปภายนอกห้อง, การจัดทางเดินให้กว้างโดยไม่มีสิ่งกีดขวาง และการเปิดเพลงหรือวิทยุ เพื่อช่วยลดพฤติกรรมปัญหาของผู้ป่วย

6.1.3 กลุ่มระยะสุดท้าย

กลุ่มระยะสุดท้าย ได้แก่ กรณีศึกษาที่ 11, กรณีศึกษาที่ 12, กรณีศึกษาที่ 13, กรณีศึกษาที่ 14, กรณีศึกษาที่ 15, กรณีศึกษาที่ 19 และกรณีศึกษาที่ 20 ผลการเก็บข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะต้องพึ่งพามาก (ค่าคะแนน ADL อยู่ในช่วง 4-6 /6) มีระดับความจำอยู่ในระดับสุดท้าย (ค่า GDS อยู่ในช่วง 6-7 /7) ผู้จะไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ ต้องคอยมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ จำบุคคลที่คุ้นเคยไม่ได้ หรือหลงผิดคิดว่าเป็นบุคคลอื่น, ไม่สามารถพูดหรือสื่อสารกับบุคคลอื่น ๆ ได้, ควบคุมการลุก-นั่ง หรือเดินไม่ได้, พูดหรือป่นอยู่คนเดียว มักชอบพูดกับตนเองในกระจกเงา, มีอาการทางประสาท เห็นภาพหลอน และมีพฤติกรรมชอบทำซ้ำๆ เช่น การลุกขึ้นนั่งหรือเดินไปมา เป็นต้น

ด้านสภาพสังคม เศรษฐกิจ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ากลุ่มสังคมได้ และมีความต้องการในการดูแลเป็นพิเศษในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระงานในการดูแลมากขึ้น เช่น การป้อนอาหาร การช่วยเหลือผู้ป่วยในการขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจะลดพฤติกรรมก้าวร้าวและไม่สามารถสื่อสารด้วยการพูดสนทนาได้ ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง มีความเข้าใจพฤติกรรมและอาการของโรคสมองเสื่อมมากขึ้น ในส่วนของค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยเฉลี่ยประมาณ 15,000-20,000 บาทต่อเดือน

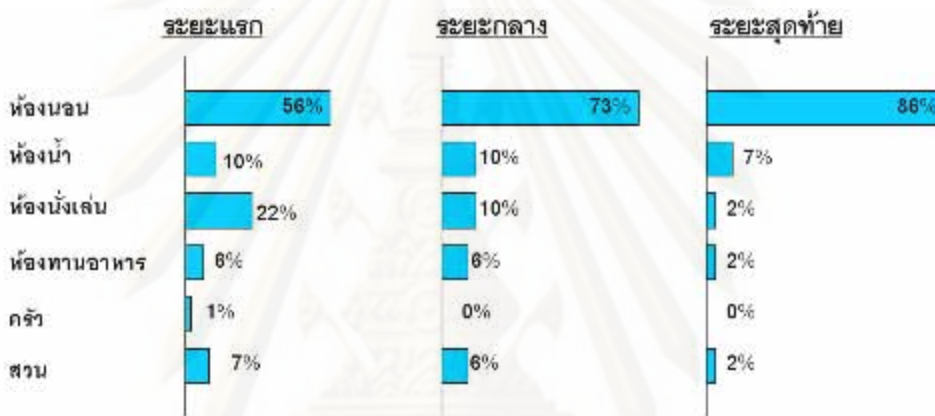
ด้านสภาพการอยู่อาศัย ผู้ป่วยจะพักอาศัยอยู่ในที่อยู่อาศัยเดิมกับญาติของตน และต้องการการดูแลเป็นพิเศษ โดยผู้ป่วยจะมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลงและชอบอาศัยอยู่แต่ภายในห้องนอนของตน สำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในระยะนี้ จะใช้วิธีการอุ้มหรือพยุงตัวผู้ป่วยและใช้เก้าอี้รถเข็นในกรณีที่ต้องเดินทางไปยังสถานที่ต่างๆ ไกลๆ ด้านการจัดสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัย ผู้ดูแลจะติดตั้งอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้าน โดยจะให้ความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยและการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ได้แก่ การใช้เตียงนอนผู้ป่วยที่มีขอบกันตกรอบทั้ง 3 ด้าน, การใช้ผ้าอ้อมสำหรับผู้สูงอายุ, การใช้เก้าอี้รถเข็นสำหรับปัสสาวะอุจจาระและอาบน้ำ และการจัดพื้นที่เพื่อทำกายภาพบำบัดให้กับผู้ป่วย



แผนภูมิที่ 6.1 แสดงความต้องการด้านสังคมของผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะอาการ



แผนภูมิที่ 6.2 แสดงระดับรายได้ครัวเรือน ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และที่มาของรายได้ ทั้ง 3 ระยะอาการ



แผนภูมิที่ 6.3 แสดงการใช้พื้นที่ใช้สอยต่างๆของผู้ป่วยในแต่ละวัน ทั้ง 3 ระยะอาการ

6.2 ข้อมูลสภาพปัญหาการอยู่อาศัย

6.2.1 กลุ่มระยะแรก

กลุ่มระยะแรก จากผลการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการวางแผนและการเตรียมที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยยังมีความพอใจและไม่ต้องการปรับปรุงหรือวางแผนต่อเติมที่อยู่อาศัย เนื่องจากผู้ป่วยยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคอื่นแทรกซ้อน ซึ่งส่งผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น พาร์กินสัน โรคข้อเสื่อม เป็นต้น ผู้ดูแลจะมีความต้องการที่จะปรับปรุงที่อยู่อาศัย โดยการติดตั้งอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก ได้แก่ แก้วอีกรเด็น, ราวจับ, เตียงนอนแบบมีที่กันขอบ และทางลาด

จากการสำรวจ พบว่า ยังมีพื้นที่ภายในที่อยู่อาศัยที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีความไม่ปลอดภัย ได้แก่ พื้นบริเวณทางเดินไม่เรียบ ผิวขรุขระ และมีความต่างระดับกัน, ความกว้างของประตูแคบ

เกินไปสำหรับเก้าอี้รถเข็น, วางสิ่งของมีคมหรือสารเคมีที่อาจเป็นอันตรายกับผู้ป่วยไว้ในที่ต่างๆ และขนาดพื้นที่ของห้องน้ำมีความคับแคบ ไม่มีการติดตั้งอุปกรณ์ช่วยพยุงตัวเพื่อความปลอดภัย

6.2.2 กลุ่มระยะกลาง

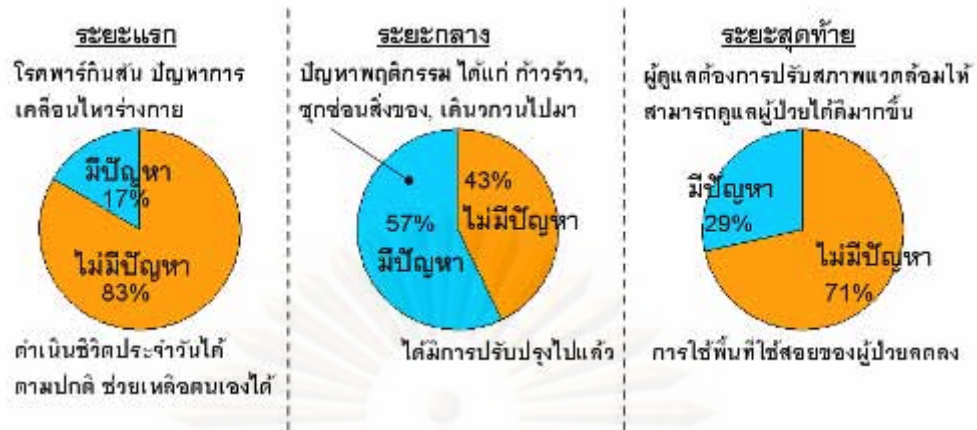
กลุ่มระยะกลาง จากผลการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการวางแผนและการเตรียมที่ อยู่อาศัย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความต้องการที่จะปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัย เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงส่งผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวันและการอยู่อาศัย ได้แก่ การติดตั้งเครื่องปรับอากาศที่ห้องนอน เพื่อลดอาการสับสนก้าวร้าวในช่วงเวลากลางคืน, การสลับห้องนอนผู้ป่วยมาอยู่ที่ชั้นล่างหรือขยายห้องนอนให้กว้างขึ้นสำหรับผู้ดูแล, การติดตั้ง อุปกรณ์ช่วยพยุงตัวในห้องน้ำและทางเดิน, การวางตู้ปลาในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ ชัดเจน, การติดตั้งอุปกรณ์เครื่องช่วยออกกำลังกาย และการวางอัลบั้มภาพหรือสิ่งของผู้ป่วยไว้ใน ห้องนอนและห้องนั่งเล่น เพื่อส่งเสริมกิจกรรมกระตุ้นความจำให้กับผู้ป่วย

จากการสำรวจ พบว่า ได้มีการติดตั้งอุปกรณ์และจัดพื้นที่ใช้สอยภายในที่อยู่อาศัยสำหรับ ผู้ป่วย เพื่อช่วยลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ในด้านความปลอดภัยยังมีพื้นที่ที่อาจทำให้ ผู้ป่วยมีความไม่ปลอดภัยเกิดขึ้นได้ ได้แก่ พื้นทางเดิน ทางลาดมีผิวลื่นและมีราวจับ, บันไดทางเข้า มีระยะลูกตั้งมากและไม่มีการจับ, ทางเดินมีสิ่งกีดขวางและมืด, ห้องน้ำไม่มีที่นั่งในส่วนอาบน้ำ หรืออุปกรณ์ช่วยพยุงตัว และบันไดขั้นสุดท้ายชั้นบนไม่มีราวกันกั้นผู้ป่วยตกลงมา

6.2.3 กลุ่มระยะสุดท้าย

กลุ่มระยะสุดท้าย จากผลการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการวางแผนและการเตรียมที่ อยู่อาศัย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีความต้องการที่จะปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัย เนื่องจากผู้ป่วยจะสูญเสียความทรงจำ ไม่สามารถรับรู้สิ่งใหม่ๆได้ และมีคงความเคยชินในการ ประกอบกิจวัตรประจำวันในแต่ละวัน ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัยจึง อาจส่งผลต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยได้

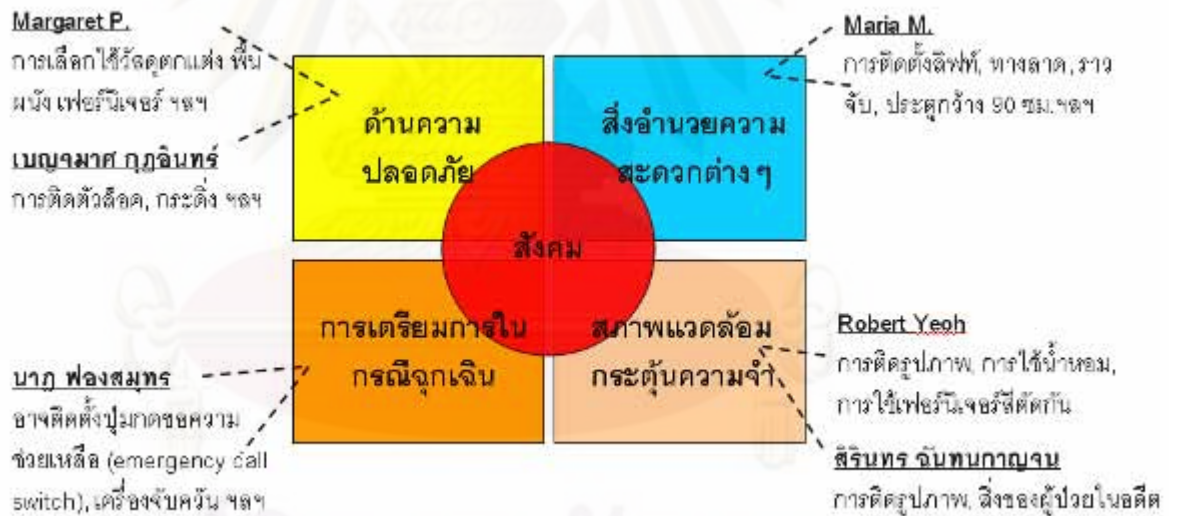
จากการสำรวจ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยได้มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัย ทั้ง ในด้านความปลอดภัย และด้านการกระตุ้นความทรงจำ ได้แก่ การติดตั้งทางลาดสำหรับเก้าอี้ รถเข็น, การขยายความกว้างของประตู, การตกแต่งผนังห้องด้วยวัสดุที่ผู้ป่วยคุ้นเคย, การติด รูปภาพหรือวางสิ่งของผู้ป่วยในอดีต และการสร้างบรรยากาศโดยการเปิดเพลงที่ผู้ป่วยชื่นชอบ ใน ส่วนของขนาดพื้นที่ใช้สอยยังพบปัญหาความคับแคบของพื้นที่ใช้สอย ได้แก่ ห้องน้ำ และทางเดิน โดยมีสิ่งกีดขวางทางเดินและผู้ดูแลไม่สามารถช่วยพยุงตัวหรือเข้าไปให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้



แผนภูมิที่ 6.4 แสดงปัญหาการอยู่อาศัยของผู้ป่วย แบ่งตามระยะอาการของโรค

6.3 ข้อเสนอแนะ

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีทั้งในประเทศ และในต่างประเทศ ที่ได้กล่าวมาแล้วในบทที่ 2 (ดูในบทที่ 2 หน้า 41) สามารถสรุปแนวคิดที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และผู้ดูแล ได้ดังแผนภาพด้านล่าง



แผนภูมิที่ 6.5 แสดงแนวคิดในการปรับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย และผู้ดูแล

6.3.1 กลุ่มระยะแรก

1) กรณีศึกษาที่ 1

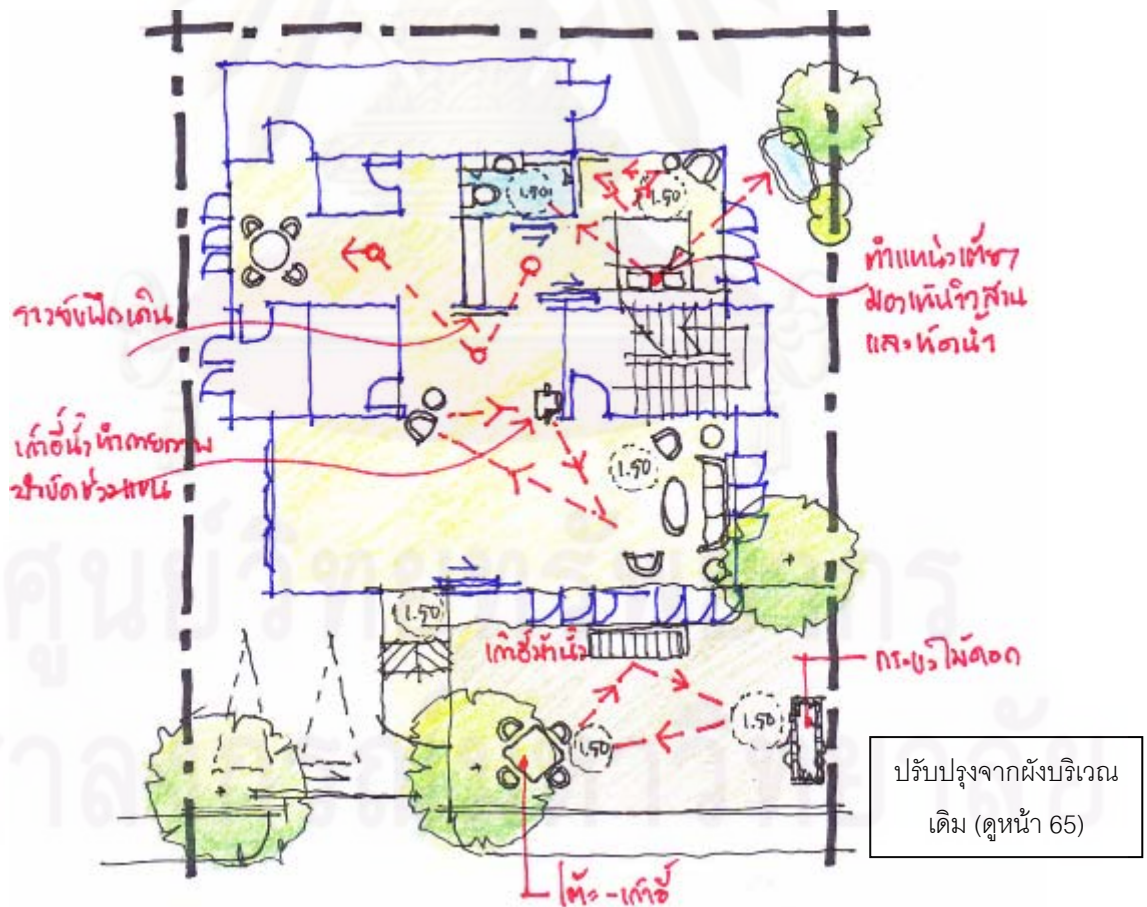
จากการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยมีอาการของโรคพาร์กินสันร่วมด้วย คือ เดินเกร็ง, พุดไม่ค่อยได้ ผู้ดูแลจึงต้องการให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการออกกำลังกายบำบัดเป็นประจำ ด้าน

การสื่อสาร ผู้ป่วยจะใช้วิธีการขมิบปาก, การกระพริบตา และการบีบที่มือเพื่อแสดงความต้องการของผู้ป่วย เช่น การเข้าห้องน้ำ, การรับประทานอาหาร เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงที่อยู่อาศัย

ภายใต้งบประมาณการปรับปรุง 35,259 บาท (รายละเอียดดูในภาคผนวก)

ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการจัดเส้นทางเดินเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ ได้แก่ การติดตั้งราวจับเพื่อช่วยฝึกการทรงตัวของผู้ป่วย, การใช้เครื่องออกกำลังกายประเภทดิ่งแขน และการให้ผู้ผู้ป่วยได้รับแสงแดดในตอนเช้า นั่งพักผ่อน ฝึกสมาธิและความจำ รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีกิจกรรมปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ตำแหน่งของเก้าอี้นั่งพัก หรือกิจกรรมต่างๆ ควรจัดให้มีอยู่ตามจุดต่างๆภายในบ้าน โดยคำนึงถึงความปลอดภัย และการเข้าถึงง่าย แบ่งได้เป็น 3 ส่วน ได้แก่ การจัดทางเดินในห้องนอนของผู้ป่วย, การจัดทางเดินบริเวณโถงกลางบ้าน และการจัดทางเดินภายในสวนหน้าบ้าน ด้านการส่งเสริมความจำและการรับรู้ ควรติดรูปภาพของผู้ป่วยในอดีต หรืออาจใช้เป็นที่นั่งของที่ผู้ป่วยชื่นชอบวางไว้ที่บริเวณห้องนั่งเล่น ห้องนอนของผู้ป่วย โดยจัดมุมมีเก้าอี้นั่งพักผ่อนเพื่อกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยเกิดการเคลื่อนไหวร่างกาย ส่งเสริมการรับรู้ด้านความจำ และไม่ควรส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนอยู่บนเตียงตลอดทั้งวัน



แผนผังที่ 6.1 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 1 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย

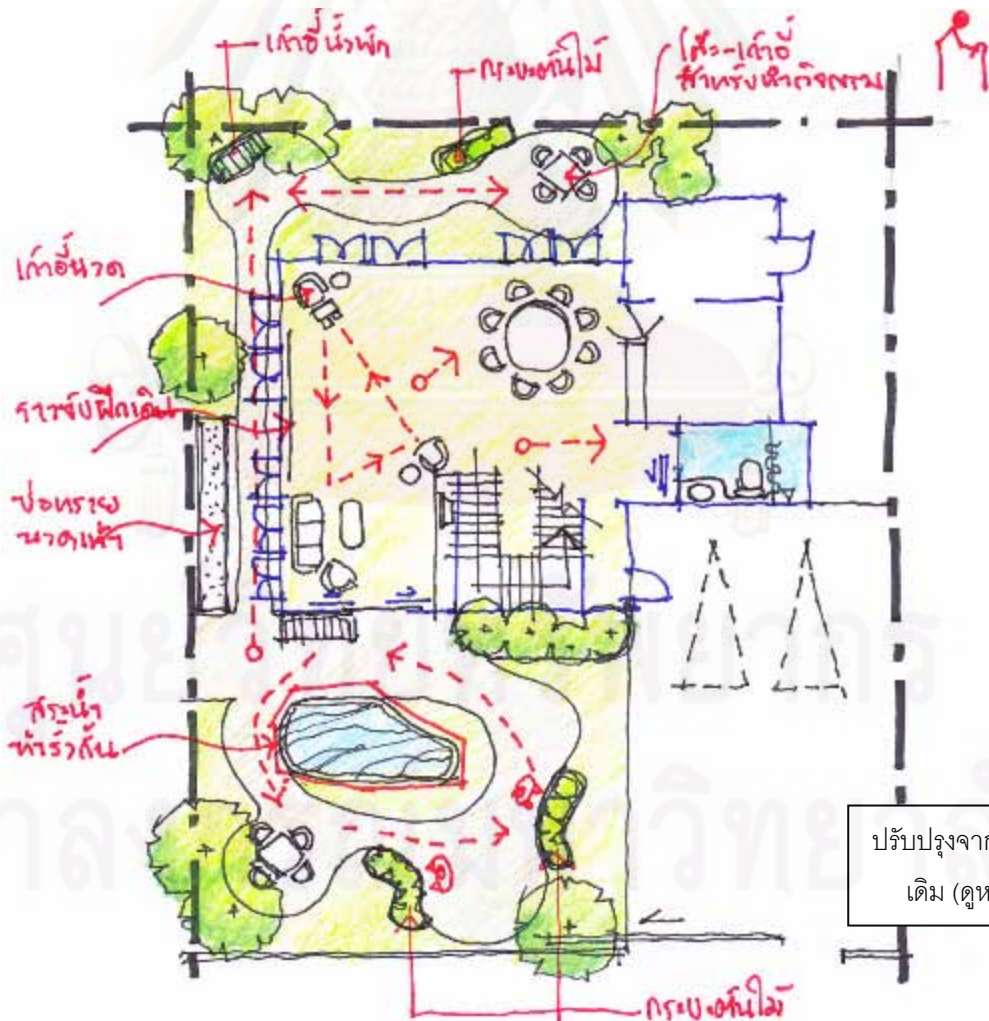
2) กรณีศึกษาที่ 2

จากการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยมีอาการหูตึงไม่สามารถสนทนาหรือสื่อสารได้ตามปกติ ทำให้ผู้ดูแลต้องพูดเสียงดังๆ หรือพูดใกล้ๆของผู้ป่วยจึงจะสามารถสื่อสารได้ ด้านพฤติกรรมผู้ป่วยชอบออกมานั่งพักผ่อนอยู่บริเวณห้องนั่งเล่น และนั่งมองสิ่งของที่อยู่ในชั้นวางของผู้ป่วยในอดีต โดยผู้ป่วยจะนั่งพักผ่อนตลอดช่วงเช้าถึงบ่ายของในแต่ละวัน ส่วนในช่วงเย็นผู้ป่วยจะชอบมานั่งชมทีวีบริเวณสวนหน้าบ้าน และเดินออกกำลังกายบริเวณทางเดินที่เป็นบ่อทรายข้างบ้านเป็นประจำ

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงที่อยู่อาศัย

ภายใต้งบประมาณการปรับปรุง 52,322 บาท (รายละเอียดดูในภาคผนวก)

จัดพื้นที่ห้องนั่งเล่นให้มีระดับพื้นเรียบเสมอกันเพื่อป้องกันการเดินสะดุดหกล้ม และนำเฟอร์นิเจอร์ที่ไม่จำเป็นออก และวางตำแหน่งเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยากเข้ามาใช้งานลักษณะเป็นการใช้งานแบบวนเวียน ส่วนบริเวณพื้นที่สวนภายนอก ควรจัดทางเดินให้ชัดเจน มีจุดเก้าอี้ที่นั่งพักผ่อนสำหรับผู้ป่วย ติดตั้งราวจับบริเวณบ่อเลี้ยงปลาเพื่อป้องกันการพลัดตก และควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมปฏิสัมพันธ์ทางสังคมบริเวณทางเดินภายในสวน



ปรับปรุงจากผังบริเวณ
เดิม (ดูหน้า 68)

แผนผังที่ 6.2 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 2 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย

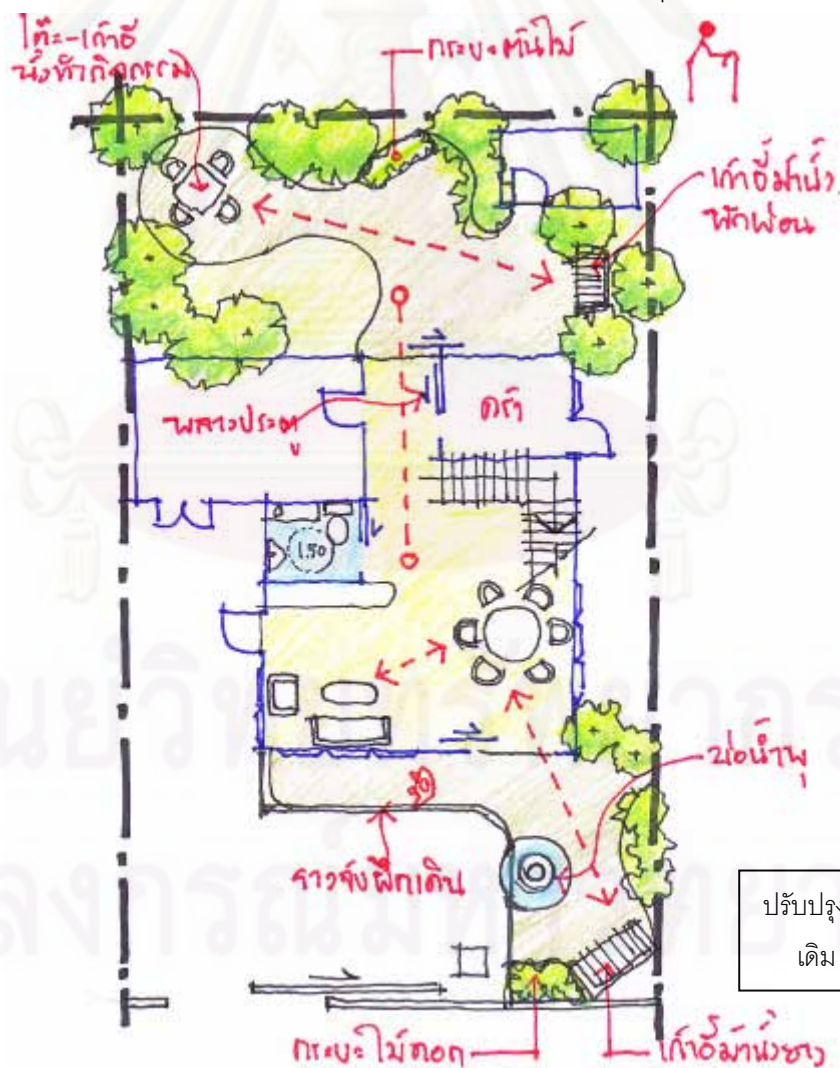
3) กรณีศึกษาที่ 3

จากการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมหลงๆ ลืมๆ จำทางเดินหรือเส้นทางกลับบ้านไม่ได้ ทั้งที่เคยเดินทางอยู่เป็นประจำ และมีพฤติกรรมชอบซุกซนสิ่งของ สะสมสิ่งของ มักจะลืมไปว่านำไว้ที่ใด นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมชอบนอนพักผ่อนตลอดทั้งวัน ซึ่งมีสาเหตุมาจากอาการเส้นเลือดในสมองตีบ

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงที่อยู่อาศัย

ภายใต้งบประมาณการปรับปรุง 75,682 บาท (รายละเอียดดูในภาคผนวก)

สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมปฏิสัมพันธ์ทางสังคม อธิบายได้ ดังนี้ 1) ห้องนั่งเล่น ควรใช้ชุดเฟอร์นิเจอร์ที่ไม่เตี้ยและนุ่มเกินไป สามารถรองรับคนได้ประมาณ 4-6 คน การวางสิ่งของผู้ป่วยในอดีต เกมส์ หรืออัลบั้มรูปภาพในครอบครัว 2) พื้นที่รับประทานอาหาร ควรใช้ชุดโต๊ะ-เก้าอี้แบบมีพนักแขน การใช้สีภาชนะรองจานที่ตัดกัน และการทำสัญลักษณ์ที่ภาชนะของผู้ป่วยเพื่อช่วยจดจำ 3) สวนภายนอก จัดทางเดินแบบวนเวียน และควรกำหนดจุดสนใจ หรือกิจกรรมในสวน



แผนผังที่ 6.3 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 3 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย

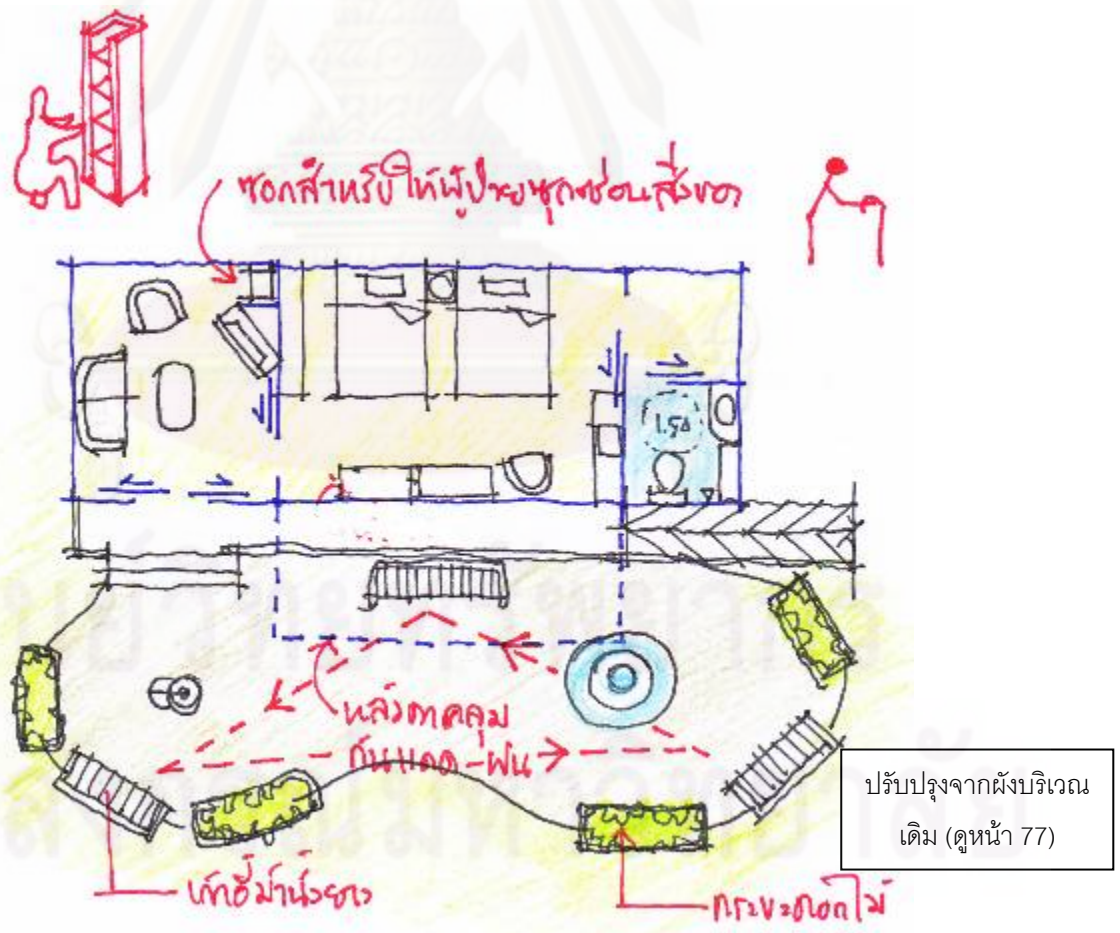
4) กรณีศึกษาที่ 4

จากการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมชอบซุกซ่อนสิ่งของ หวงแหนทรัพย์สินสมบัติ และมักลืมว่าตนเองเก็บของไว้ที่ใด โดยมักจะคิดว่าผู้ดูแลเป็นคนเอาไปซ่อนไว้ ทำให้บางครั้งผู้ดูแลก็มีภาวะความเครียด วิตกกังวล และหงุดหงิด กับพฤติกรรมดังกล่าว นอกจากนี้ ผู้ป่วยชอบการออกกำลังกายอยู่เป็นประจำ โดยผู้ป่วยมักจะวิ่งออกกำลังกายกับเพื่อนบ้านในทุกเช้าของแต่ละวัน และชอบชมรายการโทรทัศน์ที่เกี่ยวกับกีฬา โดยเฉพาะกีฬาเทนนิส และแบดมินตัน

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงที่อยู่อาศัย

ภายใต้งบประมาณการปรับปรุง 52,630 บาท (รายละเอียดดูในภาคผนวก)

กรณีผู้ป่วยมีพฤติกรรมชอบซุกซ่อนสิ่งของ ควรจัดพื้นที่ตามชอกมุม ให้มีชั้นวางสำหรับสิ่งของนั้นๆ ให้กับผู้ป่วยเพื่ออำนวยความสะดวก และผู้ดูแลยังสามารถเก็บสิ่งของนั้นทิ้งหรือซ่อนได้ กรณีที่เป็นอาหาร หรือสิ่งของมีพิษ ส่วนพื้นที่สวนควรจัดให้มีกิจกรรมสำหรับกระตุ้นความจำและการรับรู้ของผู้ป่วย ได้แก่ บ่อน้ำพุ, กรงนก กระบะปลูกดอกไม้ และมีเก้าอี้นั่งพักผ่อนที่มีหลังคาคลุม โดยตำแหน่งของสวนควรอยู่ในบริเวณที่ผู้ดูแลสามารถสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยได้



แผนผังที่ 6.4 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 4 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย

5) กรณีศึกษาที่ 5

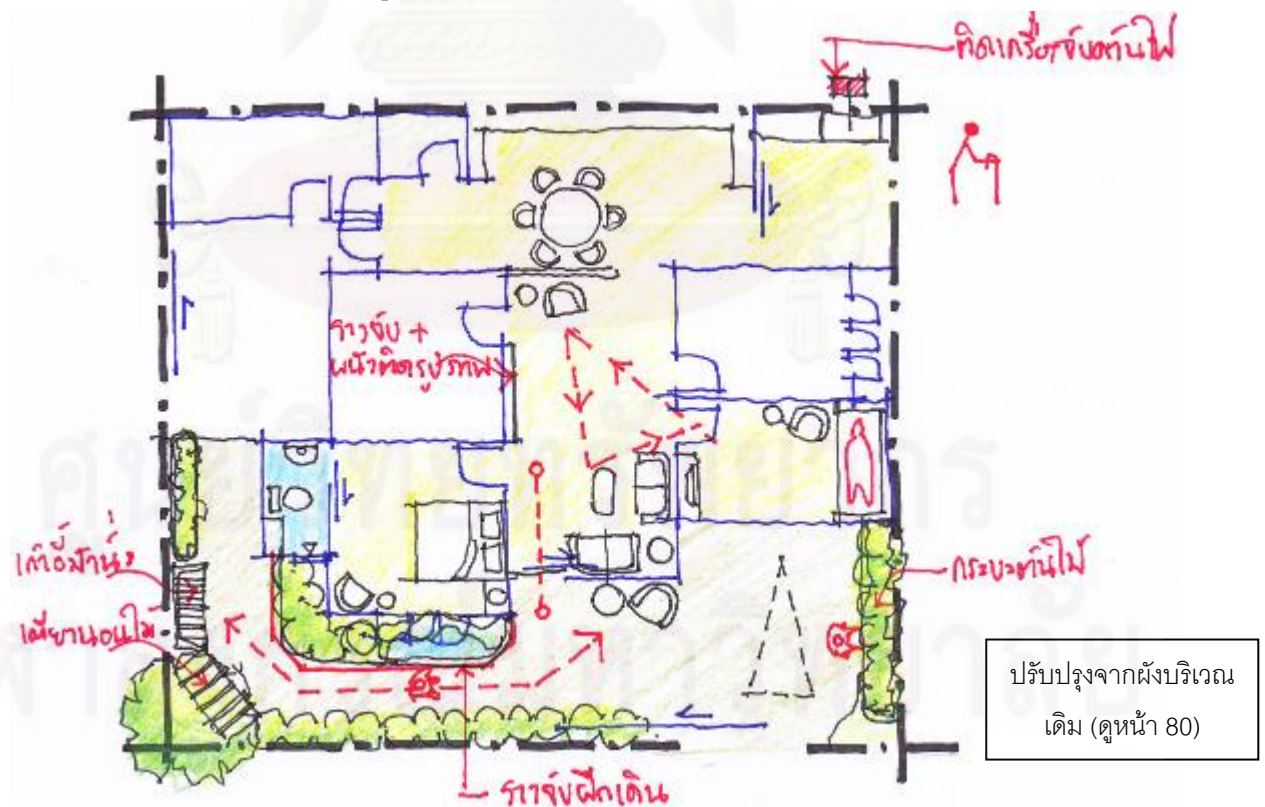
จากการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยจะมีอาการหลง ๆ ลืม ในเรื่องต่อไปนี้ได้แก่ ผู้ป่วยมักจะลืมว่าตนวางสิ่งของไว้ที่ใด มักจำไม่ได้ว่ารับประทานอาหารไปแล้วหรือยัง และลืมว่าตนได้กระทำการสิ่งใดไปแล้ว นอกจากนี้ ยังมีอาการทางประสาทร่วมด้วย เช่น อาการหูแว่วได้ยินเสียงดนตรีไทย เป็นต้น ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติชอบทำกิจกรรมอยู่ภายในห้องนั่งเล่น ได้แก่ การอ่านหนังสือ การดูโทรทัศน์ และชอบไปเดินเล่นที่สวนสาธารณะอยู่เป็นประจำ

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงที่อยู่อาศัย

ภายใต้งบประมาณการปรับปรุง 47,030 บาท (รายละเอียดดูในภาคผนวก)

นำเฟอร์นิเจอร์ที่ไม่จำเป็นออกบริเวณทางเดินภายในบ้าน และจัดพื้นที่ให้เกิดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ พื้นที่นั่งอ่านหนังสือ พื้นที่นั่งชมวิวสวน และพื้นที่ออกกำลังกาย เช่น การติดตั้งราวจับบริเวณทางเดินในสวนภายนอกเพื่อช่วยฝึกการเดินสำหรับผู้ป่วย เป็นต้น รวมถึงควรมีการตกแต่งผนังห้องนั่งเล่น และห้องนอนด้วยรูปภาพในอดีตของผู้ป่วย

ด้านความปลอดภัยควรปรับระดับพื้นให้เรียบเสมอกัน กรณีพื้นมีความต่างระดับกันควรติดตั้งทางลาด และราวจับช่วยพยุงตัว รวมถึงการติดอุปกรณ์เครื่องจับควั่น หรือสตัปป์น๊อตเงินในห้องครัว การติดตั้งระบบเปิด-ปิดอัตโนมัติในวาล์วน้ำ สวิตช์ไฟฟ้า และการใช้ตู้เก็บของที่มีตัวล็อกเพื่อเก็บสิ่งของที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย



แผนผังที่ 6.5 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 5 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย

6) กรณีศึกษาที่ 16

จากการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยจะมีอาการหลงๆ ลืมๆ จำวัน เวลา และสถานที่ไม่ได้ บางครั้งผู้ป่วยจะเห็นภาพหลอน และมีพฤติกรรมชอบเดินไปเดินมาในช่วงเวลากลางคืน โดยผู้ป่วยจะพักอาศัยอยู่บริเวณชั้นล่าง และประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ นั่งชมโทรทัศน์, ฟังเพลงบรรเลงจีน, เดินออกกำลังกายหน้าบ้าน และชอบการถักทอสิ่ง

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงที่อยู่อาศัย

ภายใต้งบประมาณการปรับปรุง 36,860 บาท (รายละเอียดดูในภาคผนวก)

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วย โดยการกำหนดพื้นที่ใช้สอยที่มีขนาดพื้นที่เหมาะสมต่อการใช้งาน ได้แก่ 1) พื้นที่รับประทานอาหาร ใช้ชุดเฟอร์นิเจอร์ที่สามารถรองรับคนได้ 2-4 คน และเก้าอี้ควรเป็นแบบที่มีพนักแขน 2) พื้นที่นั่งเล่น ควรจัดวางเก้าอี้ที่พับกอด และชั้นวางสิ่งของของผู้ป่วยในอดีต สิ่งของที่ผู้ป่วยชื่นชอบ หรืออัลบั้มรูปถ่ายของคนในครอบครัว 3) พื้นที่นอนพักผ่อน ตำแหน่งเตียงควรมองเห็นห้องน้ำ และกิจกรรมต่างๆ ภายในห้อง 4) ห้องน้ำ ควรมีที่นั่งอาบน้ำ กรณีผู้ป่วยไม่สามารถยืนอาบน้ำได้สะดวก และ 5) พื้นที่ว่างภายนอก ควรจัดให้ผู้ป่วยสามารถออกมาทำกิจกรรมได้



ปรับปรุงจากผังบริเวณ
เดิม (ดูหน้า 84)

แผนผังที่ 6.6 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 16 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย

6.3.2 กลุ่มระยะกลาง

1) กรณีศึกษาที่ 6

จากการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยจะมีอาการเกี่ยวกับปัญหาในด้านการสื่อสาร โดย สนทนาไม่เข้าใจและชอบพูดซ้ำๆ ในเรื่องเดิมๆ มีพฤติกรรมชอบหวาดระแวง กลัวว่าจะมีคนมาทำร้าย และมักหาสิ่งของ เช่น กระดาษ , คลิปหนีบกระดาษ เป็นต้น มาปิดตามรูช่องเปิดต่างๆ ภายในห้อง

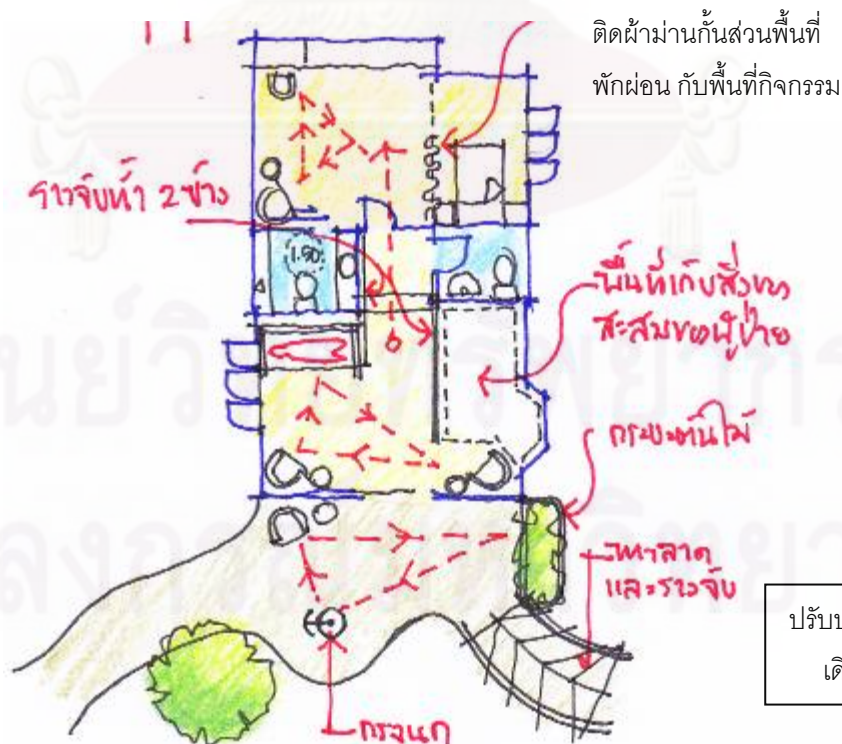
นอกจากนี้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมชอบสะสมสิ่งของ โดยเก็บสิ่งของไว้ตามทางเดินและภายในห้อง ชอบสัตว์เลี้ยงและธรรมชาติ ผู้ป่วยมักออกมานั่งพักผ่อนอยู่ที่ระเบียงบ้าน เพื่อชมวิวด้านไม้ดอกไม้ประดับที่วิ่งเล่นอยู่ภายในสวน และดูคนสวนกวาดลานบ้านเป็นประจำทุกวัน

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงที่อยู่อาศัย

ภายใต้งบประมาณการปรับปรุง 60,540 บาท (รายละเอียดดูในภาคผนวก)

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้พื้นที่ภายในที่อยู่อาศัย ในการทำกิจกรรมและงานอดิเรกต่างๆ ได้แก่

- 1) ห้องนั่งเล่น ควรจัดให้มีพื้นที่สำหรับวางสิ่งของสะสมของผู้ป่วย ในตำแหน่งที่ไม่เป็นอุปสรรคกีดขวางทางเดิน บริเวณโถงบันไดควรติดตั้งราวจับเพื่อช่วยพยุงตัว และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเดินสะดุดหกล้ม
- 2) ห้องนอน ควรติดตั้งผ้า màn เพื่อช่วยให้เกิดพื้นที่ส่วนตัว ลดอาการหวาดระแวงของผู้ป่วย จัดพื้นที่สำหรับนั่งพักผ่อนภายในห้อง และตกแต่งด้วยภาพหรือสิ่งของผู้ป่วย และ
- 3) ระเบียง พื้นที่บริเวณระเบียงควรเรียบเสมอกัน และส่งเสริมกิจกรรมกระตุ้นการรับรู้และความจำของผู้ป่วย ได้แก่ การเลี้ยงสัตว์ และการปลูกดอกไม้



แผนผังที่ 6.7 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 6 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย

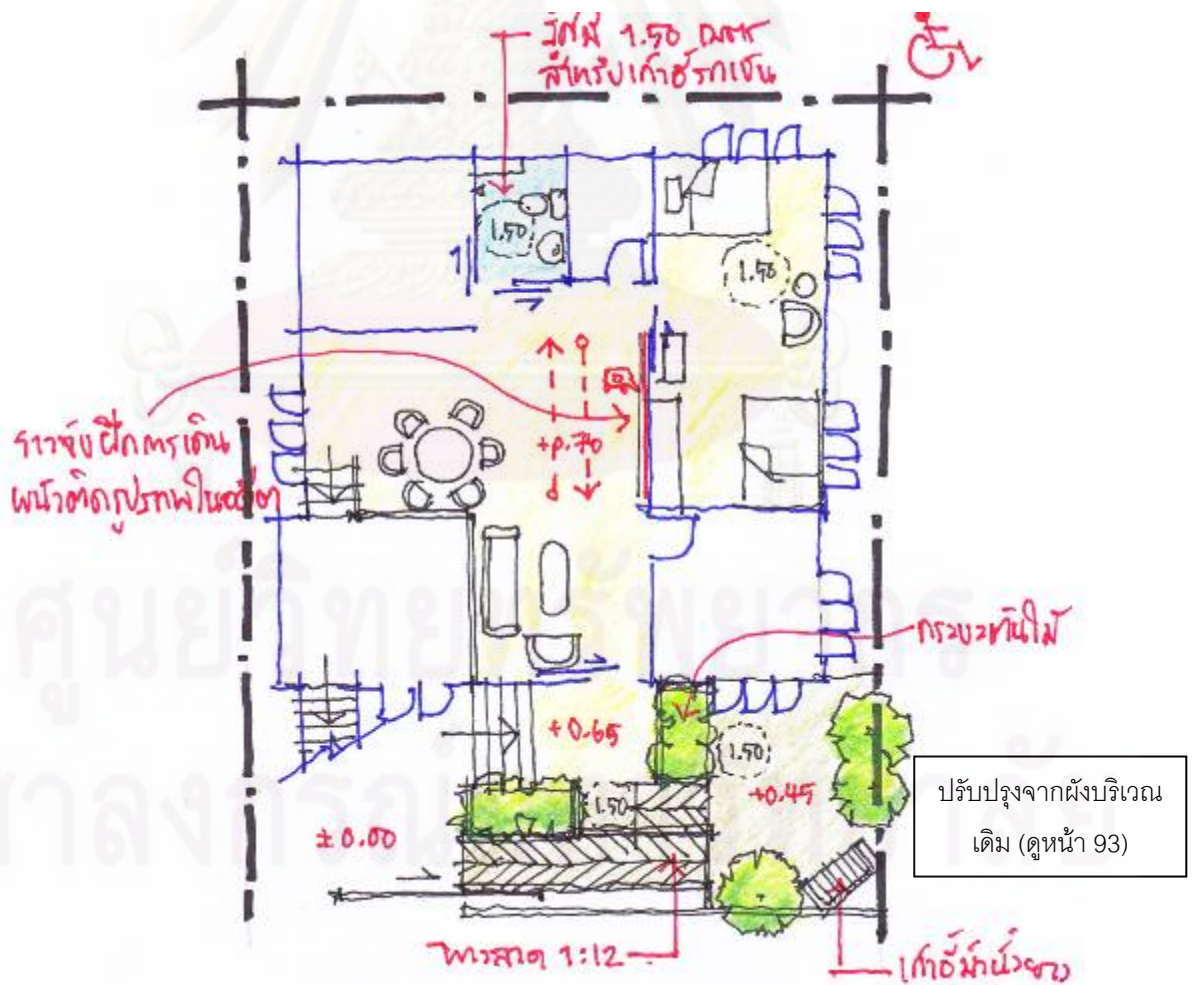
2) กรณีศึกษาที่ 7

จากการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยมีอาการของโรคพาร์กินสันและผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้โดยสะดวกต้องนั่งเก้าอี้รถเข็นตลอดเวลา นอกจากนี้ ผู้ป่วยจะมีอาการนอนไม่หลับ และชอบความเงียบสงบ กรณีเกิดเสียงดังรบกวนก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวได้

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงที่อยู่อาศัย

ภายใต้งบประมาณการปรับปรุง 50,510 บาท (รายละเอียดดูในภาคผนวก)

ควรจัดพื้นที่ใช้สอยให้เหมาะสมกับการใช้งานของผู้ป่วยที่นั่งเก้าอี้รถเข็น ได้แก่ พื้นที่ในห้องนอน, ห้องน้ำ, พื้นที่รับประทานอาหาร การติดตั้งทางลาดพร้อมราวจับ และการจัดสวนภายนอก โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย สนับสนุนกิจกรรมด้านการกระตุ้นความจำ เช่น การจัดทางเดินให้มีราวจับเพื่อฝึกการเดิน, การจัดพื้นที่สวนภายนอกให้มีเก้าอี้นั่งพักผ่อน, การจัดพื้นที่ห้องนั่งเล่นให้ผู้ป่วยสามารถนั่งทำกิจกรรมได้ เป็นต้น ในการจัดมีพื้นที่สำหรับการใช้งานของผู้ป่วยที่นั่งเก้าอี้รถเข็น โดยควรมีเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 1.50 เมตร ได้แก่ พื้นที่บริเวณปลายเตียงนอนของผู้ป่วย, พื้นที่ภายในห้องน้ำผู้ป่วย, พื้นที่สวนภายนอก และชานพักทางลาด



แผนผังที่ 6.8 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 7 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย

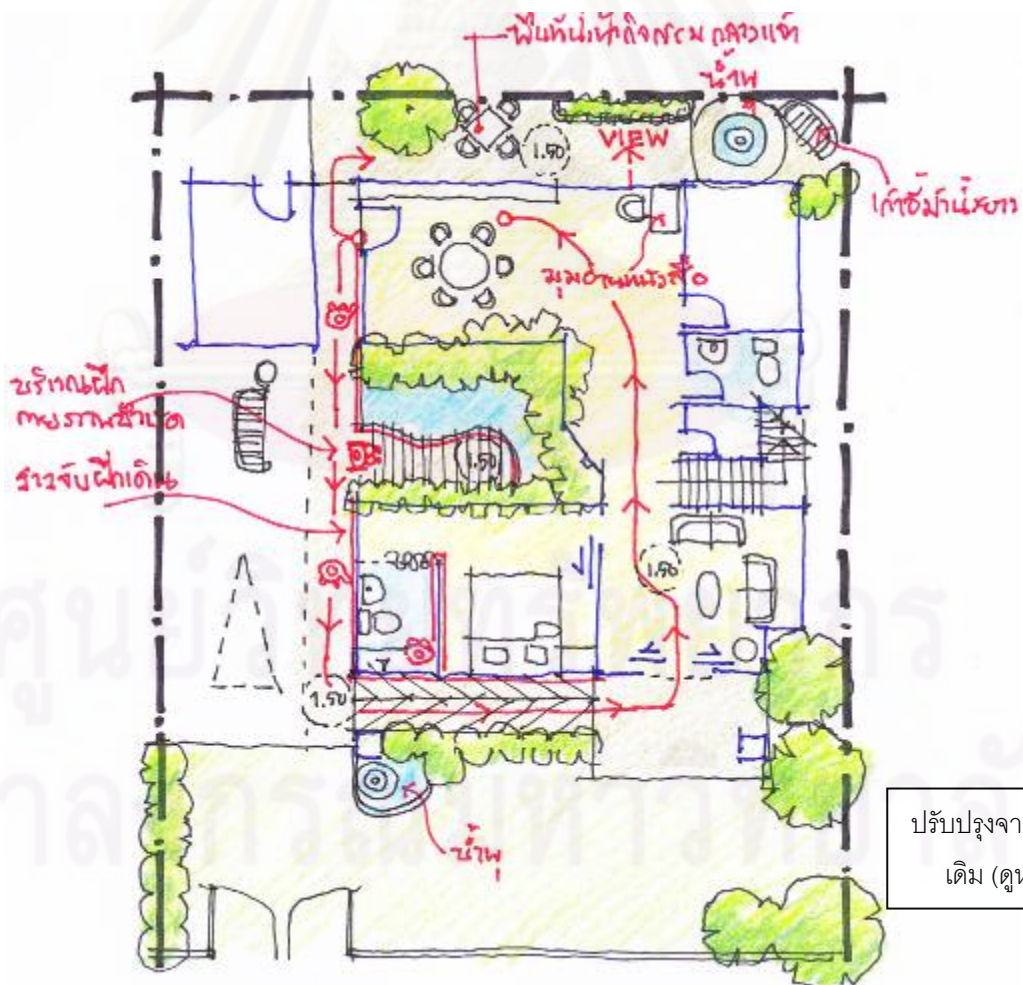
3) กรณีศึกษาที่ 8

จากการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยมีอาการพูดซ้ำๆ โดยมักชอบพูดในเรื่องเดิมๆ ในอดีต ต่อมา เริ่มมีพฤติกรรมนอนไม่หลับและเห็นภาพหลอนโดยในบางครั้งจะเห็นภาพหลอนเป็นเด็กเล็ก และนั่งสนทนาด้วย ผู้ป่วยจะเริ่มมีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น โดยการกลั่นปัสสาวะ และอุจจาระไม่ได้ รวมถึงการใส่เสื้อผ้า และการแต่งตัว ซึ่งจะต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงที่อยู่อาศัย

ภายใต้งบประมาณการปรับปรุง 58,820 บาท (รายละเอียดดูในภาคผนวก)

ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ 1) การกำหนดทางเดิน โดยการกำหนดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยตามเส้นทางเดิน ได้แก่ การติดตั้งเครื่องช่วยดึงแขนเพื่อฝึกกายภาพบำบัด, การติดตั้งราวจับเพื่อช่วยฝึกเดิน, การวางเก้าอี้ม้านั่งยาวไว้ในสวนสำหรับนั่งพัก, การปลูกดอกไม้ที่ผู้ป่วยชื่นชอบ และการจัดมุมที่นั่งอ่านหนังสือสำหรับผู้ป่วย และ 2) การจัดสภาพแวดล้อมในแต่ละพื้นที่ให้สอย ได้แก่ การติดรูปภาพหรือการวางสิ่งของของผู้ป่วยในอดีต และการสร้างบรรยากาศโดยการเปิดเพลงหรือการใช้น้ำหอม



แผนผังที่ 6.9 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 8 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย

5) กรณีศึกษาที่ 10

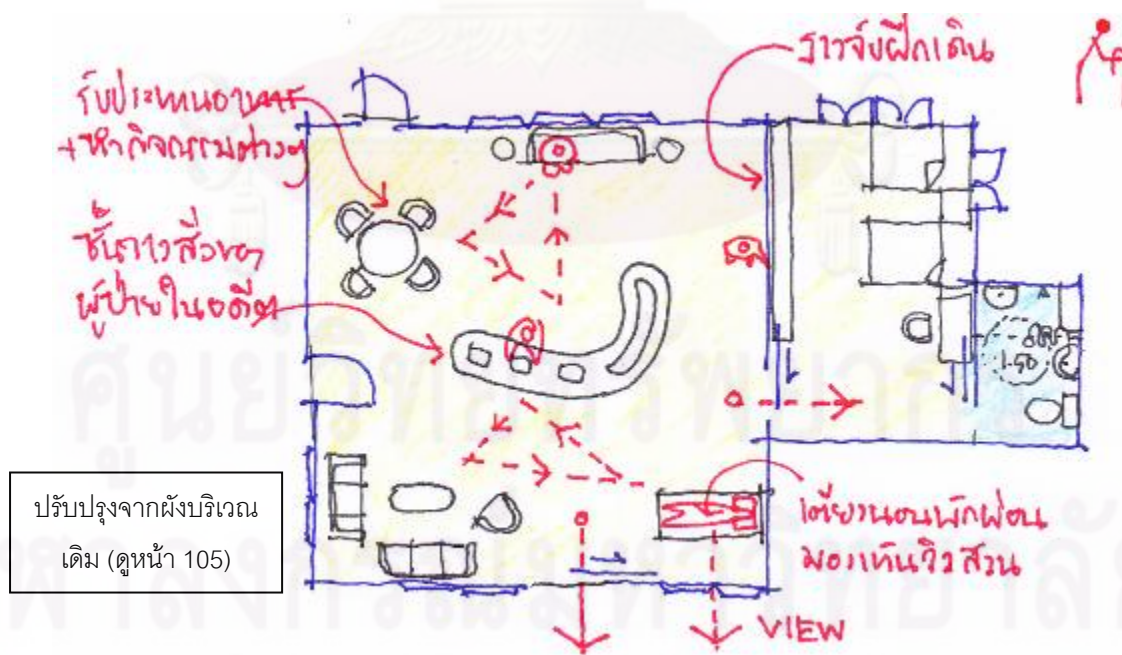
จากการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้บ้าง เช่น เดินเข้าห้องน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ใส่เสื้อผ้าเองได้ เป็นต้น และเป็นคนชอบซื้อล็อตเตอรี่ โดยจะซื้อทุก ๆ เดือน นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีอาการชอบเห็นภาพหลอน และลุกขึ้นเดินไปเดินมาในเวลาากลางคืน

ด้านปัญหาการอยู่อาศัยพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันบางอย่างได้ ได้แก่ การอาบน้ำ, การแต่งตัว และการเคลื่อนย้ายหรือลุกนั่ง จากการสอบถามผู้ดูแลยังไม่พบพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อการอยู่อาศัยของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะชอบทำกิจกรรมต่างๆอยู่ภายในบ้าน ได้แก่ ชอบชมโทรทัศน์โดยเฉพาะรายการกีฬามากมาย , อ่านหนังสือ และชอบดูต้นไม้ในสวน

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงที่อยู่อาศัย

ภายใต้งบประมาณการปรับปรุง 56,630 บาท (รายละเอียดดูในภาคผนวก)

ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมงานอดิเรก โดยการจัดสภาพแวดล้อมให้มีความปลอดภัยมากขึ้นและเอื้อต่อการทำกิจกรรมของผู้ป่วยมากขึ้น ได้แก่ การกำหนดทางเดินให้มีความกว้างอย่างน้อย 90 เซนติเมตร พร้อมทั้งติดตั้งราวจับ นอกจากนี้ ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกมาใช้พื้นที่สวน ได้แก่ การใช้ที่นั่งเก้าอี้ยาว เพื่อให้ผู้ป่วยได้สัมผัสกับอากาศบริสุทธิ์, การใช้สวนแบบโล่งเน้นไม้ดอกและพื้นผิวทางเดิน, การกำหนดโต๊ะ-เก้าอี้มีพื้นที่นั่งกลุ่มเล็ก 2-4 คน สำหรับทำกิจกรรม , มีกระบะต้นไม้ในสวนเน้นให้ผู้ป่วยมีการรับรู้โดยการสัมผัส และอาจสร้างจุดสนใจ โดยการวางสิ่งของหรือวัตถุโบราณ เช่น รูปปั้นตุ๊กตา เป็นต้น



แผนผังที่ 6.11 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 10 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย

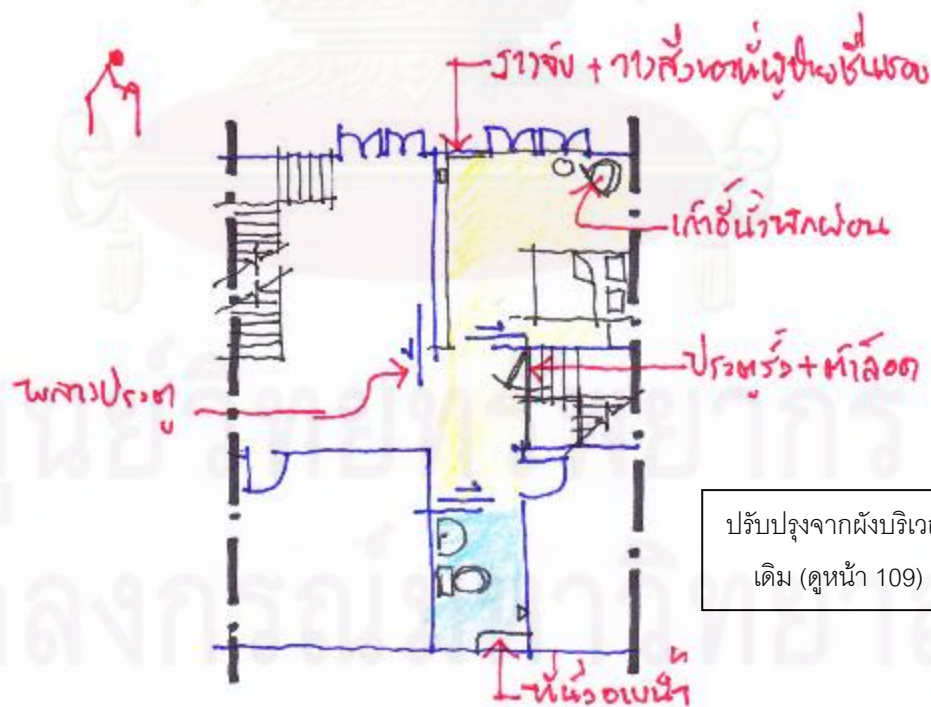
6) กรณีศึกษาที่ 17

จากการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้บ้าง และมีพฤติกรรมชอบนอนพักผ่อนตลอดทั้งวันอยู่ในห้องนอน ทำให้ผู้ดูแลพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการพานั่งรถเข็นและนั่งชมวิวทิวทัศน์ที่สวนบนชั้นดาดฟ้า อย่างไรก็ตามจากการสำรวจโดยการพบปัญหาการอยู่อาศัย ได้แก่การจัดวางเฟอร์นิเจอร์ภายในห้องนอนขวางทางเดิน และผูกเชือกติดตัวผู้ป่วยไว้เพื่อป้องกันพฤติกรรมชอบเดินวอกวนของผู้ป่วย และปัญหาการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เนื่องจากทางเดินภายในและบันไดมีความคับแคบต่อการช่วยพยุงตัวของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงที่อยู่อาศัย

ภายใต้งบประมาณการปรับปรุง 19,422 บาท (รายละเอียดดูในภาคผนวก)

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ มีการเคลื่อนไหวร่างกาย คงความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และจำกัดพื้นที่ในการเข้าถึงของผู้ป่วย ได้แก่ บันได และทางเดินไปยังห้องครัวหรือทางเดินออกสู่ภายนอก โดยการทำรั้วกั้นที่บริเวณบันได และการพลงประตูโดยใช้วัสดุเดียวกันกับผนัง นอกจากนี้ ควรจัดวางเก้าอี้นั่งพักผ่อนและติดยุภาพหรือวางสิ่งของในอดีตของผู้ป่วยไว้ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจน ในส่วนด้านความปลอดภัย ควรติดตั้งไฟฟ้าแสงสว่างที่บริเวณบันได และจัดพื้นที่ภายในห้องน้ำผู้ป่วยให้มีความกว้างเพียงพอต่อการเข้าไปใช้งาน การติดโถสุขภัณฑ์ การติดตั้งราวจับเพื่อช่วยพยุงตัวบริเวณพื้นที่ส่วนอาบน้ำ



แผนผังที่ 6.12 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 17 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย

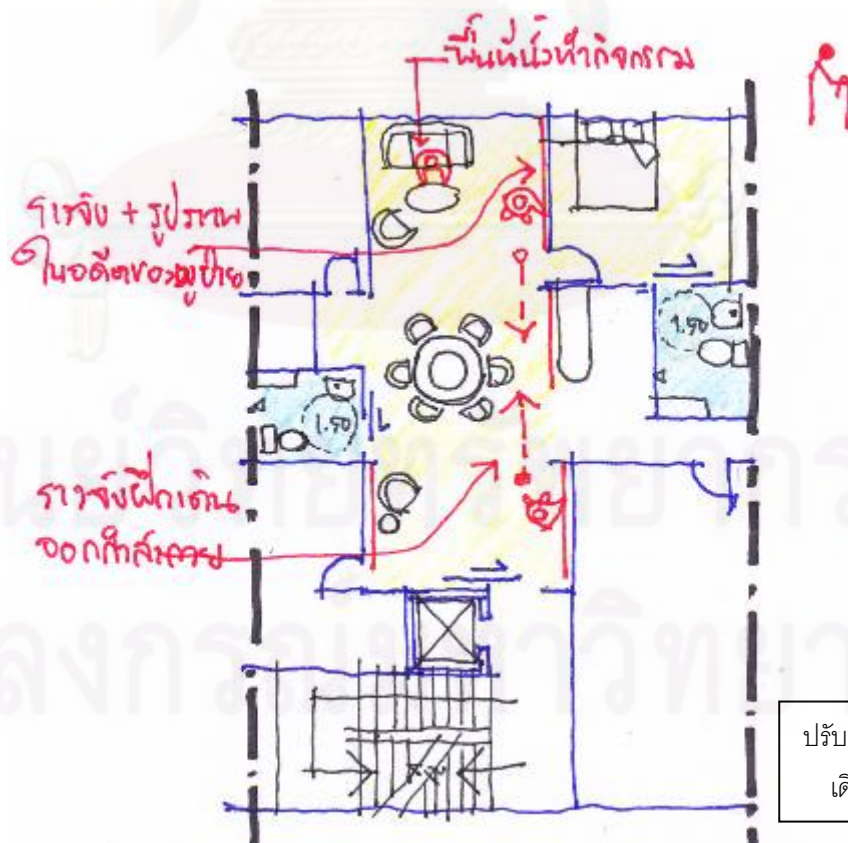
7) กรณีศึกษาที่ 18

จากการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เอง โดยจะพึ่งพาผู้ดูแลเฉพาะในเรื่องของการอาบน้ำ แต่งตัว และการขับถ่าย ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมชอบซุกซนสิ่งของ และรื้อค้นสิ่งของเมื่อหาไม่พบ ผู้ป่วยยังชอบการรื้อค้นเสื้อผ้าที่แช่แล้ว โดยชอบนำมาสวมใส่ จนผู้ดูแลต้องคอยเก็บเสื้อผ้าให้ผู้ป่วยอยู่เป็นประจำ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยเป็นคนมีอัธยาศัยดี ชอบการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สนใจกิจกรรมที่เกี่ยวกับเกมส์ การแข่งขัน เช่น เกมสล็อต, เกมสรีเยิงไฟ เป็นต้น นอกจากนี้ยังชอบการอ่านหนังสือ โดยเฉพาะหนังสือที่เกี่ยวข้องกับประวัติศาสตร์ เช่น สามก๊ก เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมชอบนอนพักผ่อนตลอดทั้งวันภายในห้องนั่งเล่น ซึ่งส่งผลกระทบต่อปัญหาในการรับประทานอาหาร และการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงที่อยู่อาศัย

ภายใต้งบประมาณการปรับปรุง 55,310 บาท (รายละเอียดดูในภาคผนวก)

ส่งเสริมกิจกรรมปฏิสัมพันธ์ทางสังคมสำหรับผู้ป่วย โดยการจัดทางเดินให้มีความกว้างอย่างน้อย 90 เซนติเมตร วางตำแหน่งของโต๊ะ-เก้าอี้ให้เหมาะสมกับการใช้งานของผู้ป่วย ได้แก่ พื้นที่นั่งเล่น, พื้นที่รับประทานอาหาร และพื้นที่ภายในห้องนอน นอกจากนี้ ควรคำนึงถึงความปลอดภัย โดยการติดตั้งราวจับบริเวณทางเดิน เพื่อป้องกันการเดินสะดุดหกล้ม การจัดเก้าอี้นั่งพัก และการใช้เฟอร์นิเจอร์ที่ไม่มีเหลี่ยมมุมแหลมคม



แผนผังที่ 6.13 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 18 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย

6.3.3 กลุ่มระยะสุดท้าย

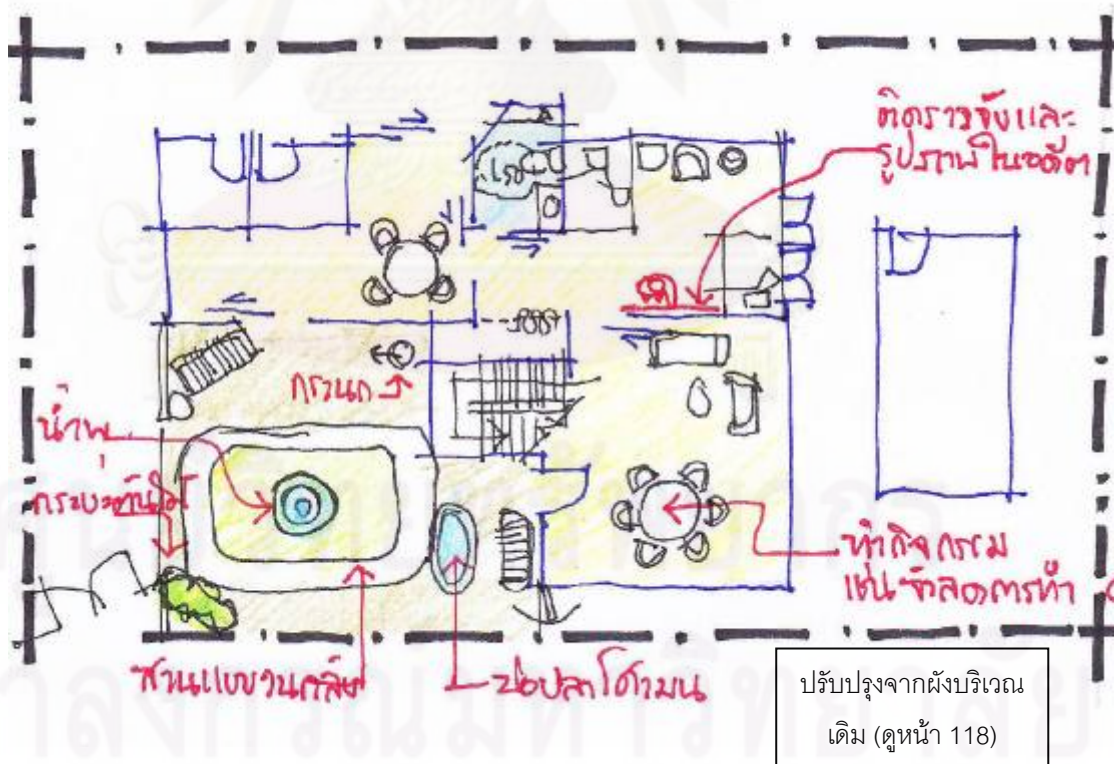
1) กรณีศึกษาที่ 11

จากการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา ได้แก่ การอาบน้ำ , การแต่งตัว สวมเสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้าย ลูก-นั่ง การขับปัสสาวะอุจจาระ และการรับประทานอาหาร โดยผู้ป่วยจะมีอาการทางประสาท ไม่สามารถพูดสนทนา ควบคุมการเดิน หรือลุก-นั่ง ไม่ได้ ต้องคอยมีผู้ดูแลตลอดเวลา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจะชอบฟังเพลงสุนทราภรณ์ เต็มลิลาศ และชอบพูดถึงเรื่องอดีต

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงที่อยู่อาศัย

ภายใต้งบประมาณการปรับปรุง 53,880 บาท (รายละเอียดดูในภาคผนวก)

ส่งเสริมให้มีการจัดสภาพแวดล้อมให้มีความปลอดภัย และการติดตั้งสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เพื่อแบ่งเบาภาระการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ การติดตั้งราวจับในห้องน้ำ และทางเดิน การขยายพื้นที่ภายในห้องน้ำให้มีความกว้างเพียงพอสำหรับการช่วยเหลือของผู้ดูแล นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้มีการจัดพื้นที่กิจกรรมตามพื้นที่ใช้สอยต่างๆภายในที่อยู่อาศัย ได้แก่ ห้องนั่งเล่น ห้องรับประทานอาหาร และสวนภายนอก



แผนผังที่ 6.14 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 11 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย

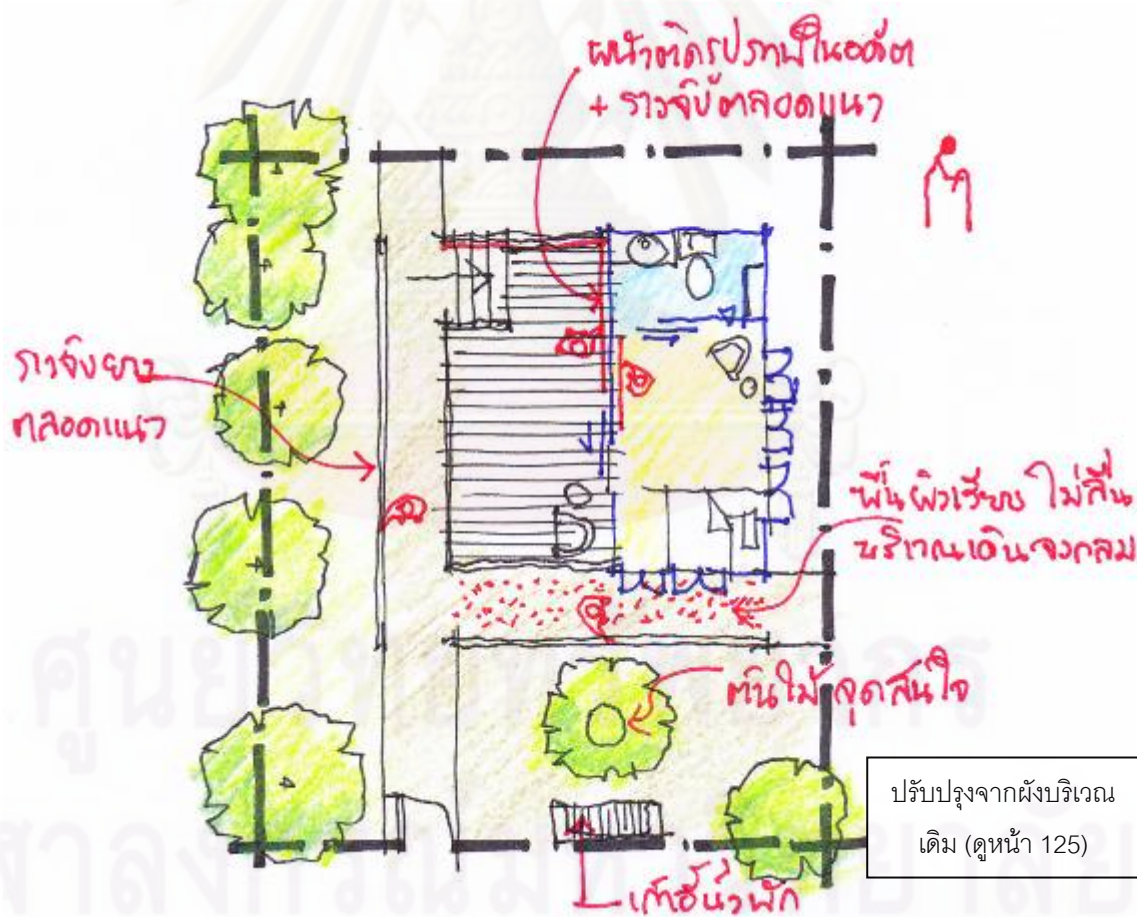
2) กรณีศึกษาที่ 12

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยชอบการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และมีพฤติกรรมชอบชุกชอนสิ่งของไว้ตามที่ต่างๆ ด้านการพึ่งพาผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เองต้องมีผู้ดูแลบ้าง เช่น การเคี้ยวอาหาร เป็นต้น โดยมักจะลืมวิธีการเคี้ยว การดื่มน้ำ ไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้ ต้องมีผู้ดูแลคอยให้ความช่วยเหลือตลอดเวลา

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงที่อยู่อาศัย

ภายใต้งบประมาณการปรับปรุง 60,540 บาท (รายละเอียดดูในภาคผนวก)

ควรติดตั้งอุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ การติดตั้งราวจับ ไฟฟ้าแสงสว่างบริเวณทางเดิน การติดป้ายสัญลักษณ์สำหรับเตือนความจำ เช่น ป้ายสัญลักษณ์แสดงตำแหน่งห้องน้ำ, ป้ายบอกทางไปยังห้องนอน เป็นต้น นอกจากนี้ยังควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การจัดพื้นที่สำหรับนั่งอ่านหนังสือ, การจัดเก้าอี้สำหรับนั่งพักผ่อนในสวน และการติดรูปภาพในอดีตของผู้ป่วยที่ผนังเพื่อช่วยกระตุ้นความจำผู้ป่วย



แผนผังที่ 6.15 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 12 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย

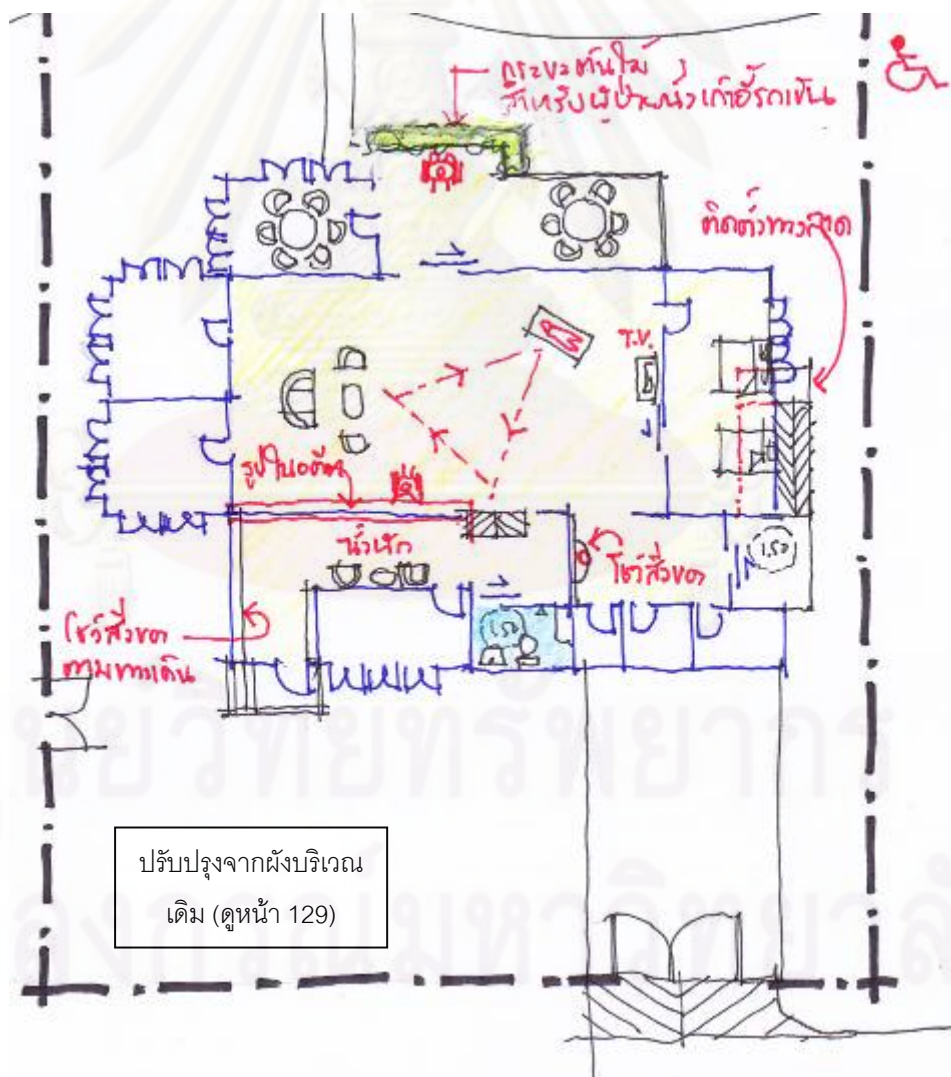
3) กรณีศึกษาที่ 13

จากการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการประกอบกิจวัตรประจำวันตลอดเวลา ผู้ป่วยเริ่มมีปัญหาในเรื่องของการควบคุมระบบขับถ่าย, การเคี้ยวและการกลืนอาหาร ทำให้ผู้ดูแลต้องคอยดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงที่อยู่อาศัย

ภายใต้งบประมาณการปรับปรุง 37,630 บาท (รายละเอียดดูในภาคผนวก)

ควรเตรียมด้านความปลอดภัยภายในบ้านสำหรับผู้ป่วยที่ต้องนั่งเก้าอี้รถเข็น ได้แก่ การติดตั้งทางลาดบริเวณทางเข้าหลัก และการติดตั้งราวจับบริเวณทางเดินภายในบ้าน นอกจากนี้ ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ การจัดพื้นที่ระเบียงภายนอกให้ผู้ป่วยสามารถเข้ามาใช้งานได้, การวางตำแหน่งเฟอร์นิเจอร์แบบหมุนเวียนภายในที่อยู่อาศัย, การติดตั้งราวจับและรูปภาพของผู้ป่วยในอดีตที่ผนังห้อง และวางเก้าอี้นั่งพักผ่อนบริเวณทางเดินภายในบ้าน



แผนผังที่ 6.16 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 13 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย

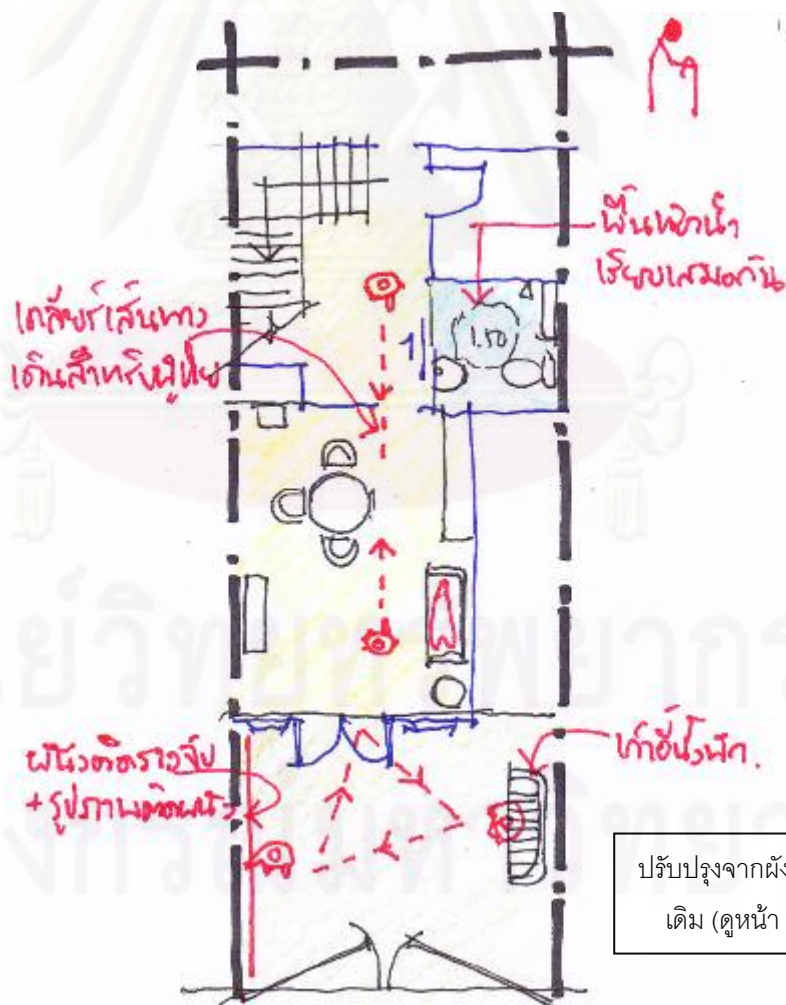
6) กรณีศึกษาที่ 19

จากการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และมีอาการทางประสาทไม่สามารถสื่อสาร หรือสนทนาได้ตามปกติ มีพฤติกรรมชอบเดินไปมา และพูดบ่นถึงเรื่องราวในอดีตของตนตลอดเวลา ด้านสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัย พบว่ามีการจัดวางเฟอร์นิเจอร์กะกะขวางทางเดิน และไม่สามารถเคลื่อนย้ายตำแหน่งเฟอร์นิเจอร์ได้เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความเคยชิน และอาจส่งผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวันซึ่งผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงที่อยู่อาศัย

ภายใต้งบประมาณการปรับปรุง 55,410 บาท (รายละเอียดดูในภาคผนวก)

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมชอบเดินวนเวียนอยู่ในที่อยู่อาศัย จึงควรจัดทางเดินให้มีความกว้างอย่างน้อย 90 เซนติเมตร โดยการนำเฟอร์นิเจอร์ที่ไม่จำเป็นออก และใช้ชุดเฟอร์นิเจอร์ที่ไม่มีเหลี่ยมมุมแหลมคม จัดวางในตำแหน่งที่ส่งเสริมกิจกรรมกระตุ้นความจำของผู้ป่วย นอกจากนี้ควรส่งเสริมการใช้งานพื้นที่ว่างภายนอก โดยการจัดวางเก้าอี้นั่งพักผ่อน, การติดรูปภาพในอดีตของผู้ป่วย และการติดตั้งราวจับเพื่อช่วยกายภาพบำบัด



แผนผังที่ 6.19 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 19 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย

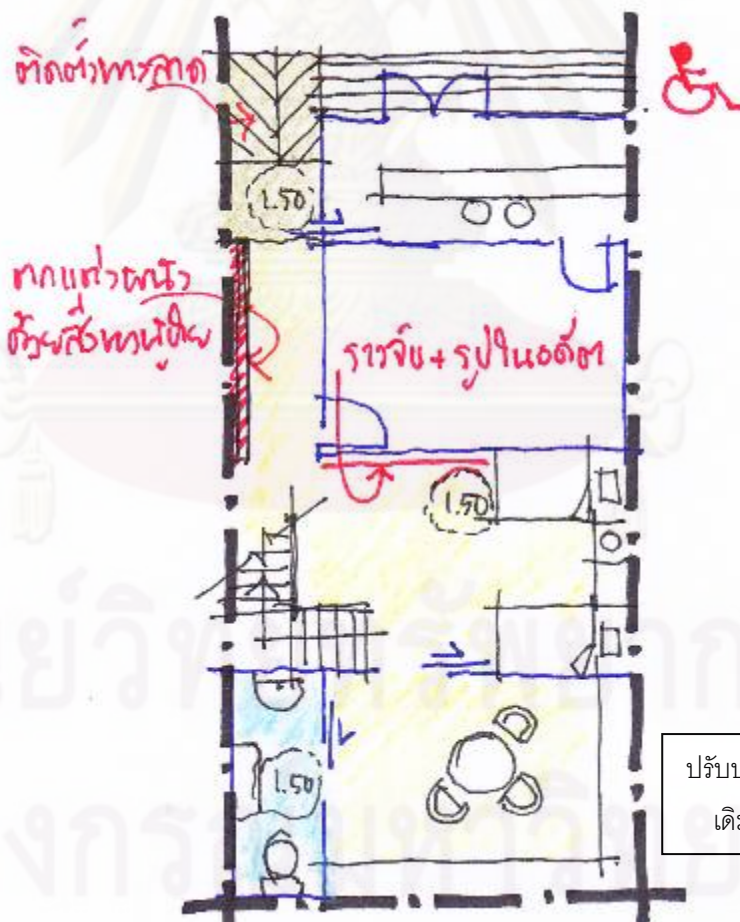
7) กรณีศึกษาที่ 20

จากการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องให้อาหารทางสายยาง และมีสภาพร่างกายที่อ่อนแอ ด้านพฤติกรรม ผู้ป่วยชอบฟังเพลงโดยเฉพาะเพลงหรือบทสวดมนต์ ที่เกี่ยวกับธรรมะ และจะนอนพักผ่อนอยู่ภายในบริเวณห้องนอนตลอดทั้งวัน

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงที่อยู่อาศัย

ภายใต้งบประมาณการปรับปรุง 30,550 บาท (รายละเอียดดูในภาคผนวก)

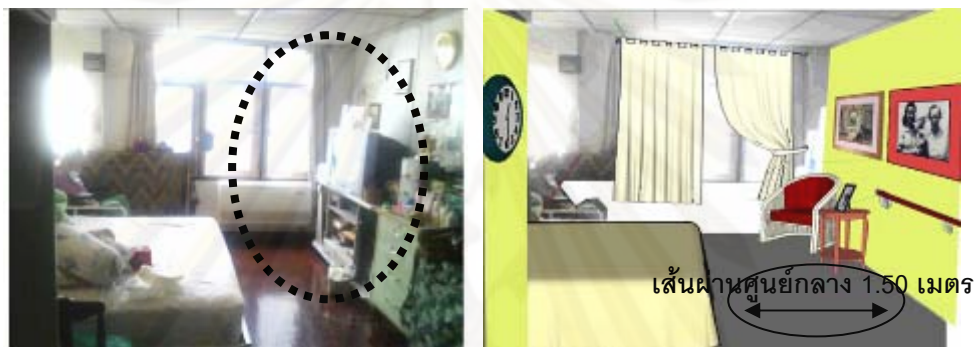
ควรจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ต้องนั่งเก้าอี้รถเข็น ได้แก่ การติดตั้งทางลาดและราวจับ การวางตำแหน่งเตียงนอนโดยให้มีพื้นที่ด้านข้างอย่างน้อย 1.50 เมตร สำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นลงจากเตียง การจัดพื้นที่ภายในห้องน้ำให้มีความกว้างเพียงพอสำหรับผู้ดูแลเข้าไปให้ความช่วยเหลือ นอกจากนี้ ควรส่งเสริมกระตุ้นความจำ โดยการติดรูปภาพในอดีตของผู้ป่วยที่ผนังห้อง การเปิดเพลงที่ผู้ป่วยชื่นชอบ การใช้น้ำหอม นอกจากนี้ อาจใช้การตกแต่งภายในห้องโดยใช้วัสดุปิดผนังที่ผู้ป่วยคุ้นเคยในอดีต เช่น ผนังไม้ฝาปะกน เป็นต้น



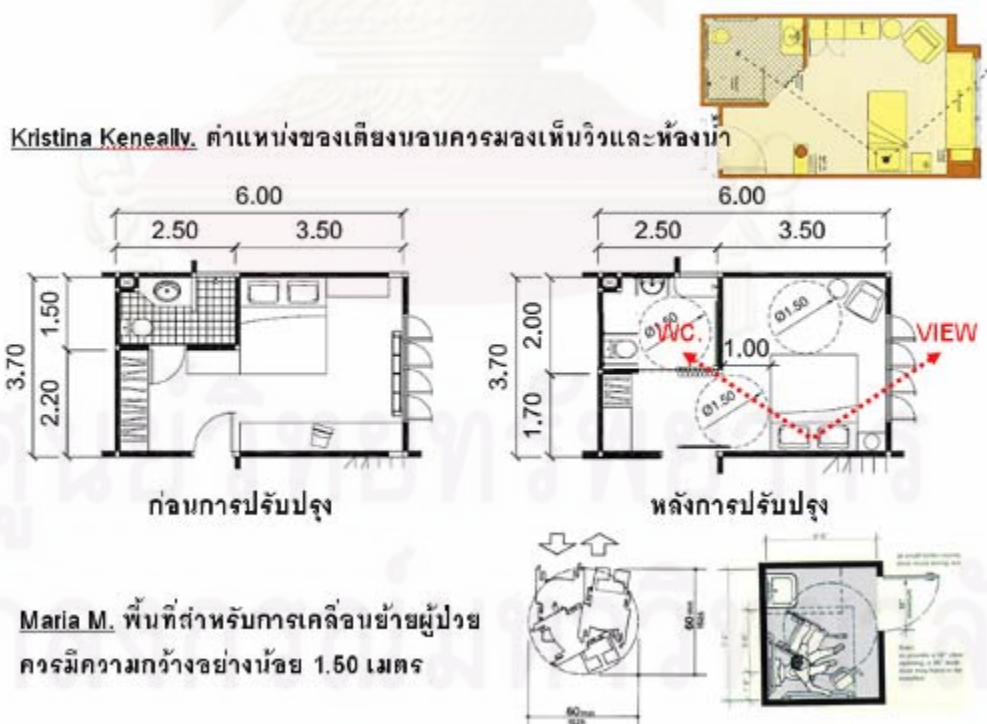
แผนผังที่ 6.20 แสดงผังบริเวณของกรณีศึกษาที่ 20 ตามข้อเสนอแนะจากผู้วิจัย

6.4 สรุปข้อเสนอแนะการปรับปรุงในแต่ละกรณีศึกษา ตามพื้นที่ใช้สอยต่างๆ

ห้องนอน ควรจัดวางเก้าอี้พักผ่อนไว้ในห้องนอน เพื่อดึงดูดให้ผู้ป่วยเกิดการเคลื่อนไหวร่างกายและจัดให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมกระตุ้นการรับรู้และความจำ ได้แก่ การเปิดเพลงคลาสสิกหรือเพลงที่ผู้ป่วยชื่นชอบ การวางอัลบั้มภาพถ่ายในอดีตของตนหรือสิ่งของที่ผู้ป่วยชื่นชอบ นอกจากนี้ ควรติดตั้งเซ็นเซอร์บริเวณประตูห้องเพื่อป้องกันการเดินหลงออกสู่ภายนอก ตกแต่งผนังห้องนอนควรติดรูปถ่ายของคนในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนของผู้ป่วย และใช้เตียงนอนควรสูงจากพื้น 55 เซนติเมตร และควรยึดติดกับกำแพงไว้ หรือมีที่กั้นผู้ป่วยไม่ให้นอนตกเตียงได้



ภาพที่ 6.1 แสดงข้อเสนอแนะการจัดเฟอร์นิเจอร์ภายในห้องนอน

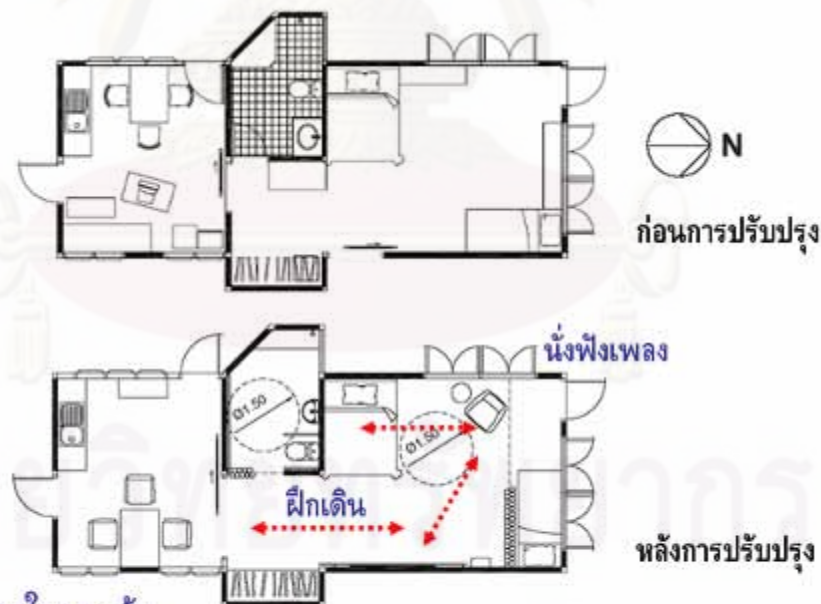


ภาพที่ 6.2 แสดงข้อเสนอแนะการจัดตำแหน่งหัวเตียง และพื้นที่สำหรับผู้ป่วยที่นั่งเก้าอี้รถเข็น

ห้องน้ำ ควรมีความกว้างเพียงพอสำหรับให้ผู้ดูแลเข้าไปให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้, พื้นห้องน้ำควรมีระดับเดียวกัน วัสดุที่ใช้บริเวณส่วนอาบน้ำเป็นชนิดไม่ลื่น เช่น กระเบื้องผิวธรรมชาติ สลับกับทรายล้าง หรือปูแผ่นยางกันลื่น เป็นต้น, บริเวณส่วนอาบน้ำควรติดตั้งเก้าอี้อาบน้ำ และราวจับเพื่อป้องกันการลื่นหกล้ม, การใช้สีภายในห้องน้ำควรเป็นสีที่ตัดกับสุขภัณฑ์ เช่น สีของพื้นและผนัง สีของฝารองที่นั่งสุขภัณฑ์และโถสุขภัณฑ์ เป็นต้น, สร้างบรรยากาศโดยการเปิดวิทยุ หรือเพลงที่ผู้ป่วยชื่นชอบ รวมถึงการใช้น้ำหอมเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยดำเนินกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติ



ภาพที่ 6.3 แสดงข้อเสนอแนะการติดตั้งที่นั่งอาบน้ำ พร้อมราวจับสำหรับผู้ป่วย



รับแดดในตอนเช้า

จักรกฤษณ์ สุขขิ่ง การให้ผู้ป่วยได้รับแสงแดดในตอนเช้า หรือบางครั้งเรียกว่านาฬิกาแดดจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

ภาพที่ 6.4 แสดงข้อเสนอแนะการจัดห้องน้ำ และพื้นที่ภายในห้องนอน สำหรับผู้ป่วย

ห้องนั่งเล่น ควรมีการตกแต่งโดยการติดรูปภาพ, สิ่งของที่ผู้ป่วยชื่นชอบ ได้แก่ รูปภาพดอกไม้, รูปภาพเด็กเล็ก และรูปภาพของคนในครอบครัว หรือการวางตู้ปลาในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ง่ายและมีความมั่นคงไม่ตกหล่นลงมา เพื่อสร้างกิจกรรมกระตุ้นความทรงจำ, มีการจัดกลุ่มชุดโซฟา หรือเก้าอี้ที่นั่งที่รองรับสมาชิกได้ 4-6 คน โดยเก้าอี้ผู้ป่วยควรมีระยะความสูง 50 ซม., สร้างบรรยากาศโดยการเปิดเพลงคลาสสิกหรือเพลงที่ผู้ป่วยชื่นชอบ



ภาพที่ 6.5 แสดงข้อเสนอแนะการจัดสภาพแวดล้อมห้องนั่งเล่น สำหรับผู้ป่วย



ก่อนการปรับปรุง

เสนอแนะ

หลังการปรับปรุง

Margaret P. การให้ผู้ป่วยได้รับแสงแดดในตอนเช้า จะช่วยลดอาการนอนไม่หลับในเวลากลางคืนได้

ภาพที่ 6.6 แสดงข้อเสนอแนะการจัดพื้นที่นั่งอ่านหนังสือ สำหรับผู้ป่วย

พื้นที่รับประทานอาหาร ควรจัดวางเฉพาะเฟอร์นิเจอร์ที่จำเป็นต่อการใช้งานของผู้ป่วย นำสิ่งของที่ผู้ป่วยไม่ได้ใช้งานออก เพื่อป้องกันไม่ให้อุปกรณ์เดินสะดุดหกล้ม เลือกใช้ชุดโต๊ะเก้าอี้รับประทานอาหารที่สามารถรองรับคนได้ 2-4 คน โดยเก้าอี้ควรเป็นแบบมีพนักแขน ด้านการตกแต่งภายในห้องควรตกแต่งแบบเรียบง่าย มีความสงบ เพื่อเน้นให้ผู้ป่วยสนใจการรับประทานอาหารและการทำกิจกรรมเป็นหลัก



ภาพที่ 6.7 แสดงข้อเสนอแนะการจัดพื้นที่รับประทานอาหาร สำหรับผู้ป่วย



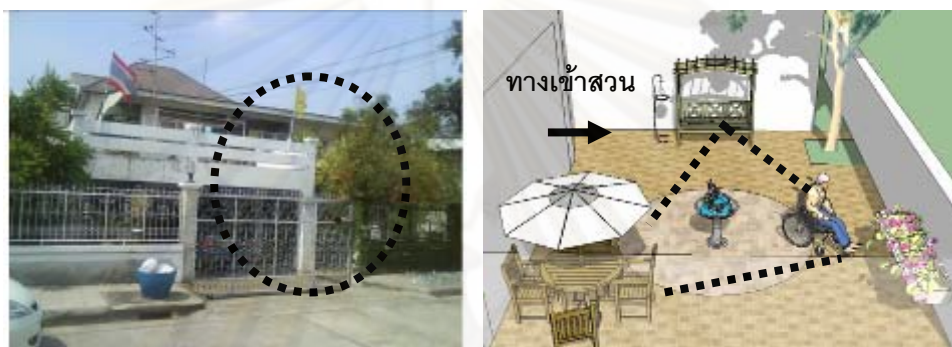
ภาพที่ 6.8 แสดงข้อเสนอแนะการจัดทางเดินไปยังพื้นที่รับประทานอาหาร

ห้องครัว ควรจัดให้มีตู้เก็บสิ่งของอันตราย พร้อมตัวล็อก และจำกัดให้เป็นพื้นที่อันตราย สำหรับผู้ป่วย โดยการติดตั้งรั้วกัน หรือใช้ผนังกัน หรือการพรางประตูด้วยวัสดุเดียวกันกับผนัง กรณีใช้เป็นทางเดิน ควรมีความกว้างของช่องทางเดินอย่างน้อย 90 เซนติเมตร



ภาพที่ 6.9 แสดงข้อเสนอแนะการจำกัดการเข้าถึงพื้นที่ครัว สำหรับผู้ป่วย

สวนภายนอก โดยการวางตำแหน่งที่นั่ง bench สัมผัสกับอากาศบริสุทธิ์ กระตุ้นการรับรู้ จัดเป็นสวนแบบโล่ง ที่มีพื้นที่นั่งกลุ่มเล็ก 2-4 คน มีกระบะต้นไม้ในสวนเน้นให้ผู้ป่วยมีการรับรู้โดยการสัมผัส และไม่ควรเป็นต้นไม้ที่มีพิษ หรือมีหนามแหลมคม อาจสร้างจุดสนใจ ได้แก่ สิ่งของหรือวัตถุโบราณของผู้ป่วย หรือใช้เป็นบ่อน้ำพุได้ สำหรับวัสดุปูพื้นทางเดินควรใช้วัสดุไม่ลื่น ลักษณะของทางเดินควรมีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดชัดเจน ไม่สับสน และควรติดตั้งเก้าอี้ม้านั่งยาว บริเวณทางเดิน ซึ่งทางคดเคี้ยวมีความน่าสนใจมากกว่าทางตรง สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม และอาจใช้ดอกไม้สีสดตามทางเดินเพื่อสร้างความสนใจให้กับผู้ป่วย



ภาพที่ 6.10 แสดงข้อเสนอแนะการจัดพื้นที่ภายในสวนภายนอก สำหรับผู้ป่วย

ก่อนการปรับปรุง



ทางเดิน

สระน้ำ

สวนหน้าบ้าน

หลังการปรับปรุง



ทางเดินและพื้นที่กิจกรรมกลางแจ้ง

สระน้ำ + ราวจับ

จัดสวน + น้ำพุ

ภาพที่ 6.11 แสดงข้อเสนอแนะการจัดทางเดินและสวนภายนอก สำหรับผู้ป่วย

6.5 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล หลังการให้ข้อเสนอแนะ

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับการเสนอแนวคิดในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัย ทั้ง 3 ระยะเวลาการ สามารถอธิบายตามพื้นที่ใช้สอยต่างๆได้ดังนี้

1) ห้องนอน

1.1) การจัดพื้นที่ภายในห้องนอน โดยการวางตำแหน่งเตียงให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นตำแหน่งห้องน้ำ และสวนภายนอกได้ชัดเจน เพื่อกระตุ้นการรับรู้และความจำ

ความคิดเห็นของผู้ดูแล - ไม่เห็นด้วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการประกอบกิจวัตรประจำวันตลอดเวลา

2) ห้องน้ำ

2.1) การจัดพื้นที่ภายในห้องน้ำ ให้มีขนาดความกว้างอย่างน้อย 1.50 เมตร เพื่อให้ผู้ป่วยที่นั่งเก้าอี้รถเข็นสามารถเข้าไปใช้งานได้โดยสะดวก การติดตั้งที่นั่งอาบน้ำ และราวจับเพื่อช่วยพยุงตัวภายในห้องน้ำ

ความคิดเห็นของผู้ดูแล - เห็นด้วย เพราะทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้สะดวกและมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถช่วยลดอุบัติเหตุจากการลื่นสะดุดหกล้มของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ การติดตั้งสิ่งอำนวยความสะดวกภายในห้องน้ำ ยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ฝึกการใช้ของวิเศษต่างๆของผู้ป่วย เพื่อคงความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของตนเอง

2.2) การปรับระดับพื้นในห้องน้ำให้เรียบเสมอกัน การทำที่นั่งอาบน้ำ และติดตั้งราวจับ

ความคิดเห็นของผู้ดูแล - เห็นด้วย เพราะผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันในห้องน้ำได้ดีขึ้น และชอบการอาบน้ำมากขึ้น โดยเฉลี่ยวันละ 2 ครั้ง ในช่วงเช้า-เย็น

2.3) แนวคิดในการติดตั้งสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น ราวจับ เป็นต้น

ความคิดเห็นของผู้ดูแล - เห็นด้วย เพราะสามารถช่วยลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลได้แก่ ช่วยพยุงตัวผู้ป่วยในการลุก-นั่ง จากเตียงนอน, การลุก-นั่งจากโถสุขภัณฑ์ และการประคองตัวผู้ป่วยในขณะที่เดินอยู่ภายในที่อยู่อาศัย

3) ห้องนั่งเล่น

3.1) แนวคิดในการจัดสภาพแวดล้อมกระตุ้นความจำ โดยการติดรูปภาพของผู้ป่วยในอดีตที่ผนังในห้องนั่งเล่น ห้องนอน และการส่งเสริมกิจกรรมที่ผู้ป่วยชื่นชอบ ได้แก่ การจัดพื้นที่นั่งอ่านหนังสือสำหรับผู้ป่วย

ความคิดเห็นของผู้ดูแล - เห็นด้วย เพราะผู้ป่วยชื่นชอบการอ่านหนังสือ และรูปภาพดอกไม้ ส่วนแนวคิดเรื่องการติดรูปภาพดอกไม้ที่ผนังห้องผู้ป่วยจะไม่สนใจเท่ากับการนั่งอ่านหนังสือที่มีรูปดอกไม้ เพราะผู้ป่วยจะชอบนั่งจัดเรียงหนังสือหรือสิ่งของที่อยู่บนโต๊ะ หรือการได้สัมผัสสิ่งของที่อยูใกล้ตัวมากกว่า

3.2) การติดตั้งหน้าต่างเพื่อเปิดมุมมองให้เห็นสวนด้านหลัง และการจัดที่นั่งอ่านหนังสือ

ความคิดเห็นของผู้ดูแล - เห็นด้วย เพราะสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจทำกิจกรรมมากกว่ากิจกรรมเดิม โดยผู้ป่วยมักชอบมานั่งอ่านหนังสือ และหยิบจับสิ่งของต่างๆ ที่อยู่บนโต๊ะ กระตุ้นการรับรู้ ทำให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น

3.3) แนวคิดด้านการส่งเสริมกิจกรรมกระตุ้นความจำ ได้แก่ การจัดพื้นที่ภายในห้องนอน ห้องนั่งเล่น ห้องรับประทานอาหาร และสวนภายนอก

ความคิดเห็นของผู้ดูแล - ไม่เห็นด้วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้หรือจดจำสิ่งใหม่ได้ การจัดสภาพแวดล้อมจึงไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมหรือการรับรู้ของผู้ป่วย

4) สวนภายนอก

4.1) การจัดพื้นที่สวนภายนอก เพื่อให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมกระตุ้นการรับรู้และความจำ โดยการจัดสวนแบบเดินวน การติดตั้งน้ำพุ และการจัดให้มีกระบะต้นไม้ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ด้วยการสูดดมกลิ่นหอมของดอกไม้ และการฟังเสียงน้ำตก

ความคิดเห็นของผู้ดูแล - เห็นด้วยในเชิงแนวคิด ทฤษฎี แต่ในทางปฏิบัติยังคงให้ความสำคัญกับแนวคิดในเรื่องความปลอดภัย และการเข้าถึงพื้นที่ใช้สอยต่างๆ กรณีที่ผู้ป่วยนั่งเก้าอี้รถเข็นมากกว่า

4.2) การจัดพื้นที่สวนหลังบ้าน โดยการติดตั้งเก้าอี้นั่ง และกระบะดอกไม้สำหรับผู้ป่วย

ความคิดเห็นของผู้ดูแล - เห็นด้วย เพราะผู้ป่วยเป็นคนชอบดอกไม้ การจัดสวนเพื่อให้ผู้ป่วยออกมาสัมผัสด้วยการสูดดมกลิ่นหอมของดอกไม้ การได้รับแสงแดดในตอนเช้า จึงถือเป็นสิ่งที่จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น

5) ทางเดิน

5.1) แนวคิดการจัดเส้นทางเดินสำหรับผู้ป่วย แบ่งเป็นทางเดินภายใน และทางเดินภายนอกที่อยู่อาศัย โดยผู้วิจัยเสนอให้จัดทางเดินให้เป็นลักษณะทางเดินแบบวนกลับมาที่เดิม เพื่อให้กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย และทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การออกกำลังกาย การฝึกเดิน และการนั่งพักผ่อนในสวน

ความคิดเห็นของผู้ดูแล - เห็นด้วย เพราะต้องการให้ผู้ป่วยได้มีการทำกิจกรรม ที่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ส่งเสริมกิจกรรม เพื่อคงความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

5.2) การติดตั้งราวจับบริเวณสวนกลางบ้าน และการจัดพื้นที่สำหรับออกกำลังกาย

ความคิดเห็นของผู้ดูแล - เห็นด้วย เพราะสามารถทำให้ผู้ป่วยออกมาใช้พื้นที่สวนกลางบ้านมากขึ้น โดยมักจะชอบออกมาเดินออกกำลังกาย และทำกายภาพบำบัด

5.3) การติดตั้งราวจับบริเวณทางลาด

ความคิดเห็นของผู้ดูแล - เห็นด้วย เพราะช่วยลดภาระในการพุงตัวผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยสามารถเดินด้วยตนเองได้มากขึ้น

5.4) แนวคิดในการจัดเส้นทางเดินสำหรับผู้ป่วย แบ่งเป็นทางเดินภายในที่อยู่อาศัย และทางเดินภายนอกที่อยู่อาศัย ลักษณะเป็นทางเดินแบบวนกลับมาที่เดิม

ความคิดเห็นของผู้ดูแล - เห็นด้วยกับแนวคิดในการจัดเส้นทางเดินให้กับผู้ป่วย แต่ไม่เห็นด้วยกับการปรับเปลี่ยนตำแหน่งห้องต่างๆ เนื่องจากผู้ป่วยในขณะนี้จะใช้ความเคยชินในการประกอบกิจวัตรประจำวันการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่คุ้นเคย และทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้

กล่าวโดยสรุป ผู้ดูแลให้ความสำคัญกับแนวคิดการจัดสภาพแวดล้อมที่มีปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย และการส่งเสริมกิจกรรมทางด้านกายภาพบำบัด เช่น การติดตั้งราวจับเพื่อช่วยฝึกเดิน การติดตั้งเครื่องช่วยดึงแขน และการวางเก้าอี้สำหรับฝึกการลุก-นั่งของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามผู้วิจัย มีความเห็นว่าการส่งเสริมสภาพแวดล้อมด้านการกระตุ้นการรับรู้และความจำจะสามารถทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีสภาพจิตใจที่เบิกบาน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาวะความเครียดน้อยลง ดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับทุกคนในครอบครัวได้อย่างมีความสุข

นอกจากนี้ ผู้ดูแลให้ความสำคัญกับแนวคิดในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย โดยเฉพาะผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เพราะผู้ป่วยจะใช้ความเคยชินในการประกอบกิจวัตรประจำวัน อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยยังให้ความสำคัญกับการจัดสภาพแวดล้อมที่กระตุ้นการรับรู้และความจำ เพราะจะสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยประกอบกิจวัตรประจำได้ดีขึ้น มีสภาพจิตใจที่เบิกบาน และลดภาวะความเครียดของผู้ดูแลได้

6.6 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ

1) พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้วิจัย : เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยสมองเสื่อมใช้แบบ TMSE ได้หรือไม่ครับ

พญ.สิรินทร : แนะนำให้ใช้แบบ MMSE ดีกว่าค่ะ ถ้าเป็นของโรงพยาบาลรามธิบดีจะใช้แบบนี้ แต่ของศิริราชจะใช้แบบ TMSE รวมถึงโรงพยาบาลจุฬาฯ ด้วย แต่ในช่วงหลังๆ โรงพยาบาลจุฬาฯ ก็เปลี่ยนมาใช้แบบ MMSE ด้วยเช่นกันค่ะ

ผู้วิจัย : ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะสูญเสียความทรงจำด้านใดบ้างครับ?

พญ.สิรินทร : ความสามารถในการคิดในการวางแผนต่างๆ จำวัน เวลา สถานที่ที่ไม่ได้ สูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ คือไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้ค่ะ

ผู้วิจัย : สมมติว่าหากจะแนะนำผู้ป่วยในเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมโดยใช้ทฤษฎีของต่างประเทศ อาจารย์มีความคิดเห็นอย่างไรครับ?

พญ.สิรินทร : ขึ้นอยู่กับว่าใช้ทฤษฎีอะไรคะ ถูกต้องหรือเปล่า

ผู้วิจัย : เข้าใจว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีความทรงจำย้อนไปในอดีตในช่วงหนุ่มสาวเป็นไปได้ไหมว่าหากมีการจัดสภาพแวดล้อมมีความคล้ายคลึงกับในอดีต เช่น สมมติว่าผู้ป่วยชอบทำอาหารก็จะจัดพื้นที่ให้เอื้อต่อการทำอาหาร เป็นต้น

พญ.สิรินทร : อืม...มันเป็นเรื่องละเอียดอ่อนค่ะ ผู้ป่วยอาจไม่รู้วิธีการทำอาหารว่าคืออะไร ไม่รู้ว่าจะต้องทำอะไรต่อไป เช่น การเปิดเตาแก๊ส ซึ่งก็เป็นอันตราย ใช้มีดหั่นของจะหั่นอย่างไร...อาจารย์แนะนำว่าให้ใช้เป็นรูปภาพ หรือสิ่งของตั้งโชว์ จะมีความเหมาะสมมากกว่า

ผู้วิจัย : ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ สังเคราะห์ และขออภิปรายผลที่ได้จากการศึกษาเพื่อขอคำแนะนำจากอาจารย์ด้วยครับ

พญ.สิรินทร : ค่ะ

ผู้วิจัย : จากผลการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ ได้ข้อสรุปว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะมีสภาพการอยู่อาศัยโดยใช้พื้นที่ใช้สอยภายในห้องนอน และห้องน้ำมากที่สุดครับ

พญ.สิรินทร : สำหรับในประเทศไทยมักจะไม่ค่อยมีห้อง living room แต่ในต่างประเทศ เช่น ประเทศอังกฤษจะมีห้อง living room อยู่ในชั้นล่าง ลักษณะเป็นห้องใหญ่ๆ กว้างๆ ส่วนชั้นบนจะเป็นห้องนอนไม่ใหญ่มาก เล็กๆ มีห้องน้ำในตัว ใช้นอนอย่างเดียว ซึ่งในช่วงกลางวันผู้ป่วยจะใช้พื้นที่ในห้อง living room เป็นส่วนใหญ่

ผู้วิจัย : ในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะแรก ผู้วิจัยได้เสนอแนวคิดในการหันตำแหน่งหัวเตียงที่มองเห็นห้องน้ำและวิวสวนภายนอกได้ แต่ในการสัมภาษณ์ผู้ดูแลกลับพบว่า ผู้ป่วยอาจไม่รับรู้ได้เนื่องจากผู้ป่วยสื่อสารได้น้อยลง การรับรู้ลดลง

พญ.สิรินทร : คิดว่าไม่จริงนะ ผู้ป่วยยังสามารถรับรู้ได้ค่ะ

ผู้วิจัย : ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะกับผู้ป่วย โดยการเขียนแผนผังการปรับปรุงพื้นที่ภายในห้องนอน และห้องน้ำ โดยคำนึงถึงขนาดพื้นที่สำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยต้องนั่งเก้าอี้รถเข็น ซึ่งควรมีขนาดความกว้าง 1.50 เมตร

พญ.สิรินทร : เห็นด้วยค่ะ

ผู้วิจัย : ในการจัดสภาพแวดล้อมภายในห้องนอน ผู้วิจัยได้เสนอให้มีเก้าอี้นั่งพักที่บริเวณปลายเตียง พร้อมทั้งติดรูปภาพในอดีตของผู้ป่วยที่ผนัง รวมถึงการติดตั้งราวจับบริเวณทางเดิน

พญ.สิรินทร : เก้าอี้สำหรับผู้ป่วยควรมีความสูงอยู่ในระดับที่หัวเข่าตั้งฉากกับพื้น หรือควรมีความสูงกว่าเก้าอี้ปกติทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถลุกขึ้นยืนได้ง่าย และเก้าอี้ไม่ควรพนักพิงหลังลึกมาก

ไป เพราะคนไทยตัวเล็ก พอนั่งแล้วจะทำให้หลังค่อมต้องหาเบาะมาเสริม โดยควรปรับให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหลังตรงจึงจะเหมาะสม

ผู้วิจัย : ในการจัดสภาพแวดล้อม ผู้วิจัยจะนำเฟอร์นิเจอร์ที่ไม่จำเป็นในห้องนอนออก ได้แก่ ชั้นวางโทรทัศน์ และตู้เก็บของที่ไม่ได้ใช้งาน

พญ สิรินทร : โทรทัศน์อาจจะใช้เป็นแบบจอแบนติดผนังได้ หรือโทรทัศน์ที่ยึดกับฝาเพดานก็ได้

ผู้วิจัย : ในส่วนพื้นที่โถงกลางบ้าน ผู้วิจัยได้เสนอให้มีการปรับปรุงเป็นพื้นที่สำหรับผู้ป่วย ซึ่งเดิมเป็นพื้นที่ทำงานของผู้ดูแล ในการเสนอแนะจะทำการติดตั้งเครื่องมือออกกำลังกาย รวบรวมสำหรับฝึกเดิน และมมมมมมมมมมมม

พญ สิรินทร : อาจารย์ว่าเค้าไม่ทำนะ อาจจะต้องคำนึงถึงกิจกรรมของผู้ดูแลด้วย เช่น แต่เดิมเป็นพื้นที่นั่งทำงานของผู้ดูแล ก็ควรคงกิจกรรมเดิมไว้ เป็นต้น

ผู้วิจัย : สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ระยะกลาง ผู้วิจัยได้เสนอแผนผังในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัย ในพื้นที่ที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ ได้แก่ ห้องนอน ห้องน้ำ และพื้นที่รับประทานอาหาร โดยส่งเสริมให้มีการปรับปรุงทางเดินโดยรอบที่อยู่อาศัย ติดตั้งราวจับ ทำทางลาด และกำหนดพื้นที่กิจกรรมที่ปลายทางเดิน เช่น เครื่องดั่งแขน เป็นต้น

พญ สิรินทร : เห็นด้วยค่ะ

ผู้วิจัย : สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะสุดท้าย ผู้วิจัยได้เสนอให้มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในห้องนอน และห้องน้ำ เพราะเป็นพื้นที่ที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดครับ

พญ สิรินทร : เห็นด้วยค่ะ ที่จัดให้มีการปรับสภาพแวดล้อม แต่ถ้าจะให้เปรียบเทียบกับการจัดบ้านแบบฝรั่งกับของไทย จะเห็นว่าบ้านของฝรั่งมีการใช้พื้นที่ตามพื้นที่ใช้สอย ซึ่งจะต่างกับของคนไทยที่นำอาหารเข้ามาทานในห้องนอน หรือนอนดูโทรทัศน์ในห้องนอน ต่างกับฝรั่งที่จะนั่งรับประทานอาหารอยู่ที่โต๊ะรับประทานอาหาร และนั่งดูโทรทัศน์ที่โซฟาในห้องนั่งเล่น

พญ สิรินทร : สำหรับความเห็นของอาจารย์ คิดว่าความกว้างของทางเดิน หรือความกว้างของประตู ควรมีความกว้างอย่างน้อย 1.20 เมตร สำหรับผู้ดูแลระดับประคองผู้ป่วยที่นั่งเก้าอี้รถเข็น เพราะจะต้องมีระยะเอื้อมประคองผู้ป่วยจากด้านหน้าและด้านข้างของเก้าอี้รถเข็น

ผู้วิจัย : เติงนอนควรมีทางเดินได้รอบทั้ง 3 ด้านหรือไม่ครับ สำหรับผู้ดูแลเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วย

พญ สิรินทร : ควรค่ะ เพราะจะทำให้ช่วยเหลือผู้ป่วยได้สะดวกมากขึ้น

พญ สิรินทร : สำหรับความเห็นของอาจารย์นะค่ะ เรื่องห้องน้ำอาจารย์คิดว่าอ่างล้างมือไม่ต้องใหญ่มาก ถ้าเป็นไปได้ควรอยู่ติดผนังด้านนอกไปเลย เพราะผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเข้าไปในห้องน้ำสามารถล้างหน้า แปรงฟันอยู่ภายนอกได้ และควรติดตั้งในระดับที่ผู้ป่วยนั่งเก้าอี้รถเข็นสามารถใช้งานได้สะดวก

ผู้วิจัย : พอคิดว่าผู้วิจัยเคยได้มีโอกาสไปดูงานที่สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ชื่อโครงการเดอะซีเนียร์ และได้เห็นแนวคิดในการทำอ่างล้างหน้าคู่กัน สำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยให้ผู้ดูแลแปรงฟันเป็นตัวช่วยให้กับผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมักจะลืมวิธีแปรงฟัน สำหรับแนวคิดนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ไหมครับ

พญ. สิรินทร : ใช้ได้ค่ะ แต่ต้องเป็นอ่างล้างหน้าเล็กๆ และควรติดกระจกขนาดพอดีตัวไม่ใหญ่มาก

ผู้วิจัย : เรียนถามอาจารย์ว่า ผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ไม่ควรปรับปรุงสภาพแวดล้อมใช่หรือไม่ครับ

พญ. สิรินทร : อาจารย์คิดว่าไม่ใช่ค่ะ สามารถปรับปรุงได้โดยมองที่ตัวผู้ดูแลแล้วจะอย่างไรให้ผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น เพราะคนไข้ระยะนี้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้นาน 7-10 ปี การปรับสภาพแวดล้อมจึงเป็นผลดีสำหรับผู้ดูแลค่ะ

ผู้วิจัย : สำหรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมชอบซุกซ่อนสิ่งของ ควรจัดพื้นที่ไว้สำหรับให้ผู้ป่วยซุกซ่อนสิ่งของหรือไม่ครับ

พญ. สิรินทร : ดีค่ะ เพราะจะทำให้ดูแลง่ายขึ้น อาจใช้เป็นกล่องสำหรับใส่ของ นำไปวางไว้ในพื้นที่ที่ผู้ป่วยมักนำสิ่งของมาซุกซ่อนค่ะ

ผู้วิจัย : ขอเรียนถามอาจารย์เกี่ยวกับผู้ป่วยรายหนึ่งที่มีอาการหวาดระแวงและเห็นภาพหลอนกลัวว่าจะมีคนมาทำร้าย โดยผู้ป่วยจะนำเอากระดาษหนังสือพิมพ์มาติดตามช่องเปิดหน้าต่าง และติดคิลิปหนีบที่ผ้าม่าน เพื่อป้องกันไม่ให้คนมาทำร้าย ผู้วิจัยจึงเสนอแนะว่าอาจเป็นเพราะพื้นที่ภายในห้องนอนมีขนาดใหญ่เกินไป จึงควรติดผ้าม่านกันส่วนเตียงนอน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเป็นส่วนตัว ลดอาการหวาดระแวงมากขึ้น อาจารย์คิดว่าแนวคิดนี้สามารถนำไปใช้ได้หรือไม่ครับ

พญ. สิรินทร : มีส่วนบ้างแต่คงไม่ทั้งหมด เพราะอาจารย์เคยเจอผู้ป่วยที่มีห้องนอนขนาดเล็กและขนาดใหญ่ ซึ่งจริงๆแล้วอาการเห็นภาพหลอนเป็นความผิดปกติของสารเคมีในสมองซึ่งเกิดได้กับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนั้น การปรับสภาพแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเห็นภาพหลอน อาจารย์คิดว่ามีส่วนบ้างแต่ไม่ทั้งหมดค่ะ เพราะผู้ป่วยจะยังคงเห็นภาพเหล่านั้นอยู่ในหัว

พญ. สิรินทร : สำหรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมชอบเดินวอกวน ในต่างประเทศจะจัดมุมนั่งเล่นตามจุดต่างๆ อาจเป็นพื้นที่ภายในบ้าน หรือพื้นที่สวนภายนอก เพราะหากไม่มีการจัดพื้นที่สำหรับผู้ป่วยผู้ป่วยก็จะเดินวอกวนมาจนทำให้ผู้ดูแลเกิดความรำคาญ ดังนั้นควรจัดพื้นที่กิจกรรมให้เค้า เช่น สมุดภาพ เกมส์ รูปภาพ เป็นต้น ตามจุดต่างๆที่ผู้ป่วยชอบเดินผ่าน จะทำให้ผู้ป่วยใช้เวลาในการทำกิจกรรมนานขึ้น

ผู้วิจัย : ขอเรียนถามอาจารย์เกี่ยวกับเรื่องการใช้สีสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งพบว่าตามทฤษฎีได้เสนอให้มีการใช้สีที่ตัดกัน เพราะจะช่วยในเรื่องของการรับรู้ของผู้ป่วย แนวคิดนี้สามารถนำมาใช้ได้หรือไม่ครับ

พญ. สิรินทร : อาจารย์ไม่แน่ใจค่ะ เพราะผู้ป่วยสมองเสื่อมถ้าเป็นไประยะหนึ่งจะไม่สามารถแยกแยะสีได้ คือถ้าโดยพื้นฐานก็ควรใช้สีที่ตัดกัน แต่ถ้าจะใช้สีเป็นตัวบ่งบอกแทนสัญลักษณ์ อาจารย์คิดว่าไม่เหมาะสม เช่น ใช้สีแดงหมายถึงห้ามจับหรือห้ามสัมผัส ผู้ป่วยจะไม่รู้ว่าสีแดงห้ามจับคืออะไร เป็นต้น

ผู้วิจัย : ขอกล่าวโดยสรุปนะคะ ในการให้ข้อเสนอแนะการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัย สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ควรที่จะมีการปรับปรุงในระยะแรก และระยะกลาง ส่วนในระยะสุดท้ายไม่ควรมีการปรับปรุง อาจารย์คิดว่าสามารถนำข้อสรุปนี้ไปใช้ได้หรือไม่ครับ

พญ. สิรินทร : ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถปรับปรุงสภาพแวดล้อมได้ค่ะ แต่เน้นที่การปรับปรุงสภาพแวดล้อมเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น โดยจุดมุ่งหมายของการปรับปรุงสภาพแวดล้อมเพื่อยืดระยะเวลาอาการของผู้ป่วยให้นานมากที่สุด ทั้งนี้สามารถทำการปรับปรุงสภาพแวดล้อมได้ทันทีเมื่อรู้ว่าผู้ป่วยมีภาวะของโรคสมองเสื่อมค่ะ

ผู้วิจัย : ขอขอบคุณอาจารย์สิรินทร ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่ามาให้ข้อแนะนำที่เป็นประโยชน์ สำหรับงานวิจัยนี้ด้วยครับ

พญ. สิรินทร : ยินดีค่ะ

2) ผศ.นพ.สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย และ พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้วิจัย : เครื่องมือที่ใช้คัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะของโรงพยาบาลจุฬาฯ ปัจจุบันใช้แบบใดครับ?

ผศ.นพ.สุขเจริญ : ใช้แบบ TMSE

ผู้วิจัย : อาจารย์คิดว่าการจัดสภาพแวดล้อมให้กับผู้ป่วยสมองเสื่อมจะช่วยให้ผู้ป่วยกลับมา มีความทรงจำที่ดีขึ้นได้หรือไม่ครับ?

ผศ.นพ.สุขเจริญ : คิดว่ามีส่วนแต่คงไม่ทั้งหมด เพราะคนไข้ที่มีอาการสมองเสื่อมจะสูญเสียความสามารถในการจดจำ และอาการจะค่อยๆ แปรเปลี่ยนเรื่อยๆ แต่ในการจัดสภาพแวดล้อมที่กระตุ้นความจำ จะช่วยลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ส่งผลต่อจิตใจและอารมณ์ดีขึ้น

ผู้วิจัย : การรักษาคอนไซม์สมองเสื่อมในปัจจุบันมีวิธีใดบ้างครับ?

ผศ.นพ.สุขเจริญ : ทำได้โดยการให้ยารักษา การจัดกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยการแลกเปลี่ยนความรู้ด้านการดูแล แต่โดยส่วนมากจะใช้วิธีการให้ยารักษา มากกว่าการจัดสภาพแวดล้อม เพราะคนไข้จะสามารถมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 8-10 ปีหรือน้อยกว่านั้น การให้ความสำคัญเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมถือเป็นเรื่องรอง อาจจะช่วยค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาคนไข้ และการที่ผู้ดูแลแก้ปัญหาเอาเองที่ปลายเหตุ เช่น พฤติกรรมชอบเดินวอกวนไปมา การแก้ปัญหาทำได้โดยการปิดประตูล็อค เป็นต้น

ผู้วิจัย : เป็นไปได้หรือไม่ว่า หากมีการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อให้คนไข้นึกถึงเรื่องราวในอดีตสมัยเมื่อตอนยังหนุ่มสาวจะทำให้ความทรงจำของผู้ป่วยดีขึ้น?

ผศ.นพ.สุขเจริญ : เป็นไปได้ จะทำให้อารมณ์ของคนไข้ดีขึ้น

ผู้วิจัย : สมมติว่า ได้มีการจัดสภาพแวดล้อม โดยศึกษาเรื่องราวในอดีตของคนไข้ และระบุช่วงฤดูกาลโดยแบ่งออกเป็น 3 ฤดู ได้แก่ ร้อน, ฝน และหนาว คนไข้จะสามารถจดจำเรื่องราว ณ เวลานั้นได้หรือไม่ และสามารถแยกแยะฤดูกาลได้หรือไม่ครับ?

ผศ.นพ.สุขเจริญ : คิดว่าจดจำเรื่องราวได้ แต่คงไม่สามารถแยกแยะฤดูกาลได้ เพราะประเทศไทยฤดูกาลไม่แตกต่างกันมากเหมือนในต่างประเทศที่มีฤดูร้อน มีหิมะตก ซึ่งน่าจะให้ความแตกต่างได้มากกว่า

ผู้วิจัย : อาการของคนไข้สมองเสื่อมเป็นอย่างไร? มีวิธีใดอีกบ้างครับ?

พญ.โสฬพัทธ์ : มี 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 จะสูญเสียการสร้างความจำขึ้นมาใหม่ ขาดการวางแผนต่างๆ ไม่สามารถทำได้เลย กลุ่มที่ 2 จะมีอาการสับสน ก้าวร้าว และเดินวอกวน กลุ่มที่ 3 จะมีการเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ และให้อาหารทางสายยาง การรักษานอกจากการใช้ยาสามารถทำได้โดยการใส่ دندانรีบ้ำบัด, การทำกิจกรรมในกลุ่มระหว่างคนไข้ด้วยกัน ภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

6.7 สรุปและเสนอแนะ

จากการศึกษาทบทวนแนวคิดทฤษฎีในต่างประเทศเกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัยสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม และนำเอาแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในบริบทของเมืองไทย ภายใต้ประเด็นทางด้านสภาพสังคม เศรษฐกิจ การอยู่อาศัย เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัยให้มีความเหมาะสม ซึ่งผลการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสำรวจ และการสังเกตพฤติกรรม รวมถึงการสัมภาษณ์เชิงลึก สามารถอธิบายได้ว่า การจัดสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัยสามารถช่วยลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว, พฤติกรรมเดินหลง เป็นต้น นอกจากนี้ยังช่วยกระตุ้นการรับรู้ ส่งเสริมในด้านความจำและคงความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ เช่น การกิน, การเดิน, การนอน เป็นต้น

สำหรับแนวทางการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัยให้มีความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้น ผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรมีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการในระยะแรก เพราะผู้ป่วยจะยังสามารถรับรู้ได้โดยผ่านตามประสาทสัมผัสต่างๆ ได้แก่ การมองเห็น, การสัมผัส, การสูดดม และการได้ยิน กรณีที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมตั้งแต่ในระยะแรกๆ จนผู้ป่วยมีอาการอยู่ในระยะสุดท้าย จะไม่สามารถปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมได้ เพราะผู้ป่วยจะคงความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตาม

สภาพแวดล้อมเดิม ซึ่งหากมีการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัย ก็จะมีส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติด้านพฤติกรรมและไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันตามปกติได้

ตารางที่ 6.1 แสดงข้อเสนอแนะในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในอยู่อาศัยของผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะอาการ

รายละเอียด	ระยะแรก	ระยะกลาง	ระยะสุดท้าย
1 การอยู่อาศัย	หลงวัน เวลา สถานที่ ช่วยเหลือตนเองได้ปกติ	* ชอบเดินวอกวนไปมา * ชอบชุกชอนสิ่งของ * เห็นภาพหลอน	ทำอะไรไม่ได้เลย ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
2 ปัญหาการอยู่อาศัย	ไม่มีปัญหา, บางรายที่มี โรคประจำตัว เช่น พาร์กินสัน, เส้นเลือดในสมองตีบ	* เดินหลงออกจากบ้าน * ชอนสิ่งของตามที่ต่างๆ * เห็นภาพหลอนกลัวว่า จะมีคนมาทำร้าย จึงปิด ประตูหน้าต่างทำให้ ห้อง มืดทึบ ไม่มีอากาศถ่ายเท	ไม่มีปัญหา, ผู้ดูแล ต้องการอุปกรณ์ เครื่องช่วยในการดูแล
3 ข้อเสนอแนะ	* จัดพื้นที่ใช้สอยต่างๆเพื่อ ส่งเสริมกิจกรรมผู้ป่วย * เลือกใช้เฟอร์นิเจอร์ เครื่องใช้สำหรับผู้ป่วย * จัดสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับผู้ดูแล	* ชอบเดินวอกวนไปมา--> จัดพื้นที่กิจกรรม * ชอบชุกชอนสิ่งของ--> จัดพื้นที่ให้ชอนสิ่งของ * เห็นภาพหลอน-->จัด พื้นที่กิจกรรม	* จัดพื้นที่ใช้สอยต่าง เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถ ดูแลผู้ป่วยได้สะดวก มากขึ้น เช่น การขยาย พื้นที่ห้องน้ำ การติดตั้ง ราวจับพยุงตัว เป็นต้น
4 ช่วงเวลาที่เสนอให้มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัย	เสนอให้มีการปรับปรุงทันที เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการของโรคสมองเสื่อม	ปรับตามพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อการอยู่อาศัยและไม่ควรปรับปรุงเปลี่ยนแปลงในภายหลัง	เน้นการปรับปรุงให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้สะดวกขึ้น
5 งบประมาณ	*ไม่เสียค่าใช้จ่าย (จัดเฟอร์นิเจอร์ใหม่) *20,000 - 100,000 บาท		ไม่เกิน 100,000 บาท (อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์)

กล่าวโดยสรุป งานวิจัยนี้ได้นำเสนอแนวคิดด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยได้นำเอาแนวแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในที่อยู่อาศัยประเภทบ้านเดี่ยว ในเขตกรุงเทพมหานคร ภายใต้ประเด็นทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และการอยู่อาศัย เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้มีความเหมาะสม แต่ทั้งนี้แนวคิดดังกล่าวยังเป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่อาศัยในเมือง ซึ่งควรจะมีการศึกษาในพื้นที่อื่นๆ เพื่อให้แนวคิดดังกล่าวสามารถนำมาปฏิบัติได้จริงภายใต้บริบทในประเทศไทย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กัมมันต์ พันธุมจินดา. สมองเสื่อม โรคหรือวัย รวมข้อมูลน่ารู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมก่อนวัยอัลไซเมอร์ และการดูแลรักษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: คบไฟ, 2543.
- จารุวรรณ จินดานิล. สภาพการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในอาคารสูง กรณีศึกษาอาคารสงวนคนวัยศ
อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเคหการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- จิระภา ศรีคำ. สภาพการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในที่อยู่อาศัยแบบแฟลตเคหะชุมชนดินแดง 1 และ
2 กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาเคหการ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2545.
- นพพร ศุภพิพัฒน์. รู้จักเพื่อป้องกันอัลไซเมอร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ไกล่หมอบ, 2549.
- บรรลุ ศิริพานิช. คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 18. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, 2545.
- พงศ์ธร เหวาบัตย์. แนวทางการปรับปรุงโครงการบ้านพักคนชราวราวสนะเวศม์ จังหวัด
พระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาเคหการ คณะ
สถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- วีรยา ทัดตากร. การใช้พื้นที่ภายนอกอาคารในโครงการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ:กรณีศึกษา
สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาเคหการ
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 1.
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. คู่มือยึดอายุสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น, 2551.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2544 วันที่ 28-30 พฤศจิกายน 2544.
พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2544.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการผู้สูงอายุในประเทศไทย การทบทวน
องค์ความรู้และสถานการณ์ปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอทางนโยบายและการวิจัย.
กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2544.
- สมเกียรติ ชินนทโรภาส. การอยู่อาศัยของผู้พิการและทุพพลภาพ: กรณีศึกษาชุมชนบางตลาด
พัฒนา1(ชุมชนปากด่าน) จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาเคห
การ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.

ภาษาอังกฤษ

Berry, B.J. and Horton, F.F. Geographic Perspectives on Urban Systems. Washington D.C.: National Industrial Conference Board, 1970.

Button, K.J. Urban Economics. London: Mc Milan Press, 1976.

Chein, I. The Environment as a Determinant of Behavior. Journal of Social Psychology. 39, 1954.

Margaret P. Calkins. Design for dementia: planning environments for the elderly and the confused. National Health Pub, 1988.

Margie O' Sullivan. At Home With Dementia. SYDNEY NSW: Ageing and Disability Department, 2000.

Maria M. Meyer. The Comfort of Home for Alzheimer's Disease: A Guide for Caregivers. CareTrust Publications, 2007.



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1

แบบสัมภาษณ์และสำรวจโครงการวิจัย

เรื่อง สภาพการอยู่อาศัยในที่อยู่อาศัยประเภทบ้านเดี่ยวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในเขตกรุงเทพมหานคร

ภาควิชาเคหการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชื่อนิสิต นายชนันต์ แสงสีดา

แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการอยู่อาศัยในที่อยู่อาศัยประเภทบ้านเดี่ยวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในเขตกรุงเทพมหานคร โดย “ผู้ป่วย” ในการวิจัยนี้หมายถึงบุคคลที่มีโรคประจำตัวหรือบุคคลที่รายงานว่าตนเองมีอาการเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายทั้งทางด้านร่างกายหรือจิตใจตั้งแต่ ระดับอาการเล็กน้อยจนถึงอาการรุนแรงในช่วง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์

ข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ครั้งนี้จะถูกปกปิดเป็นความลับในฐานข้อมูลที่ปลอดภัยและข้อมูลที่ได้จากการประมวลผลจะถูกนำเสนอในภาพรวมอย่างเที่ยงตรงเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป

แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 5 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1: แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)

ส่วนที่ 2: ข้อมูลทั่วไปด้านสังคม เศรษฐกิจ และความเป็นอยู่ (Living Arrangement)

ส่วนที่ 3: ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ส่วนที่ 4: ข้อมูลด้านการเตรียมการที่อยู่อาศัย

ส่วนที่ 5: ข้อมูลการสำรวจสภาพแวดล้อมทางกายภาพ

ส่วนเจ้าหน้าที่กรอก

เลขประจำตัวงานวิจัย ID

วันที่เก็บข้อมูล วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

สถานที่เก็บข้อมูล.....

เขต/แขวง

จำนวนที่สัมภาษณ์ได้ คน

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ป่วย

ผู้ดูแลผู้ป่วย

ผู้เก็บข้อมูล.....

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL & IADL)

หมายเหตุ ภาวะพึ่งพา หมายถึงไม่ต้องคอยช่วยเหลือหรือกำกับ คะแนนที่ให้เป็นการกระทำ ไม่ใช่

ความสามารถ ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการกระทำแปลว่าไม่กระทำ แม้จะมีความสามารถ

ADL (Katz; 1963)

กิจกรรม	ไม่มีภาวะพึ่งพา(0คะแนน)	มีภาวะพึ่งพา(1คะแนน)	คะแนน
	ไม่ต้องคอยกำกับดูแลหรือช่วยเหลือ	ต้องคอยกำกับดูแลหรือช่วยเหลือ	
อาบน้ำ	(0คะแนน)ทำได้เองหรือต้องคอยช่วยเหลือเฉพาะหนึ่งส่วนของร่างกายเช่นหลัง อวัยวะสืบพันธุ์หรือร่างกายที่ใช้ไม่ได้	(1คะแนน)ทำเองไม่ได้เลยหรือต้องช่วยเหลือมากกว่าหนึ่งของร่างกายหรือการเข้าออกจากห้องน้ำ
แต่งตัว/สวมเสื้อผ้า	(0คะแนน)หยิบเสื้อผ้าออกจากตู้หรือลิ้นชักและสวมใส่เสื้อผ้าเองได้ อาจให้ช่วยใส่รองเท้า	(1คะแนน)ต้องคอยช่วยเหลือขณะใส่เสื้อผ้าหรือต้องแต่งตัวสวมเสื้อผ้าให้
ใช้ห้องสุขา	(0คะแนน)ไปห้องน้ำ เข้าออกและถอดเสื้อผ้าด้วยตนเอง ล้างทำความสะอาดได้โดยไม่ต้องอาศัยการช่วยเหลือ	(1คะแนน)ต้องคอยช่วยเหลือ เคลื่อนย้ายไปห้องน้ำทำความสะอาดหรือต้องอาศัยโถปัสสาวะ อุจจาระเคลื่อนที่
เคลื่อนย้าย/ลุกนั่ง	(0คะแนน)เคลื่อนย้ายโดยไม่ต้องอาศัยความช่วยเหลือ สามารถใช้อุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการเคลื่อนไหวได้	(1คะแนน)ต้องอาศัยความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายหรือเคลื่อนย้ายตนเองไม่ได้เลย
ขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระ	(0คะแนน)ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้	(1คะแนน)ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระได้บ้างหรือไม่ได้เลย
รับประทานอาหาร	(0คะแนน)ตักอาหารเข้าปากได้โดยไม่ต้องช่วย อาจมีผู้อื่นคอยเตรียมอาหารให้	(1คะแนน)ต้องช่วยตักอาหารใส่ปากหรือต้องให้อาหารทางสายยาง
0=ผู้ป่วยไม่ต้องพึ่งพาเลย 6=ผู้ป่วยห้องพึ่งพาอย่างมาก		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปด้านสังคม เศรษฐกิจ และความเป็นอยู่(Living Arrangement)

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย / หรือ เติมข้อความ หรือ เติมหมายเลข ลงในช่องว่าง

ข้อมูลผู้ป่วย	ข้อมูลผู้ดูแล
ชื่อ.....	ชื่อ.....
1. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	1. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง
2. อายุ.....ปี ป่วยมาแล้ว.....ปี	2. อายุ.....ปี
3. ภูมิลำเนาเดิม	3. ภูมิลำเนาเดิม
<input type="checkbox"/> กรุงเทพฯ <input type="checkbox"/> ปริมณฑล	<input type="checkbox"/> กรุงเทพฯ <input type="checkbox"/> ปริมณฑล
<input type="checkbox"/> ภาคเหนือ <input type="checkbox"/> ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	<input type="checkbox"/> ภาคเหนือ <input type="checkbox"/> ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
<input type="checkbox"/> ภาคกลาง <input type="checkbox"/> ภาคใต้	<input type="checkbox"/> ภาคกลาง <input type="checkbox"/> ภาคใต้
4. สถานภาพปัจจุบัน	4. สถานภาพปัจจุบัน
<input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส	<input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส
<input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่	<input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่
5. จำนวนบุตร	5. จำนวนบุตร
<input type="checkbox"/> ไม่มีบุตร <input type="checkbox"/> มีบุตร จำนวน.....คน	<input type="checkbox"/> ไม่มีบุตร <input type="checkbox"/> มีบุตร จำนวน.....คน
6. ระดับการศึกษาสูงสุด	6. ระดับการศึกษาสูงสุด
<input type="checkbox"/> ไม่ได้ศึกษา <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ศึกษา <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> ปริญญาโท <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาโท	<input type="checkbox"/> ปริญญาโท <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาโท
7. อาชีพเดิม	7. อาชีพในปัจจุบัน
<input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว <input type="checkbox"/> บริษัทเอกชน	<input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว <input type="checkbox"/> บริษัทเอกชน
<input type="checkbox"/> รับราชการ <input type="checkbox"/> รับจ้าง	<input type="checkbox"/> รับราชการ <input type="checkbox"/> รับจ้าง
<input type="checkbox"/> แม่บ้าน <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> แม่บ้าน <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
8. สุขภาพเป็นเช่นไร	8. ความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับผู้ป่วย
<input type="checkbox"/> ต้องการดูแลบ้าง <input type="checkbox"/> ต้องการดูแลมาก	<input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บุตร/หลาน
9. มีโรคประจำตัว <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ญาติ/พี่น้อง <input type="checkbox"/> ว่าจ้างผู้ดูแล
<input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
10. ปัจจุบันผู้ดูแลท่านยามเจ็บป่วยคือ	9. ระดับรายได้ครัวเรือนต่อเดือน
<input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บุตร/หลาน	<input type="checkbox"/> ต่ำกว่า 5,000 บาท <input type="checkbox"/> 5,000 – 10,000 บาท
<input type="checkbox"/> ญาติ/พี่น้อง <input type="checkbox"/> ว่าจ้างผู้ดูแล	<input type="checkbox"/> 10,000– 20,000 บาท <input type="checkbox"/> 20,000 – 40,000 บาท
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> 40,000 บาทขึ้นไป

<p>11. ท่านมีพฤติกรรมใดในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่อาบน้ำหรือทำความสะอาดร่างกายตนเอง</p> <p><input type="checkbox"/> ใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้หรือใส่ได้แต่ไม่ปกติ</p> <p><input type="checkbox"/> เดินหลง, จำเส้นทางเดินไม่ได้, เดินวอกวน</p> <p><input type="checkbox"/> การแสดงออกถึงความต้องการทางเพศ</p> <p><input type="checkbox"/> การสนทนาไม่เข้าใจ, พูดไม่รู้เรื่อง</p> <p><input type="checkbox"/> นอนไม่หลับ หรือนอนนานผิดปกติ</p> <p><input type="checkbox"/> ทานอาหารผิดปกติ(เช่น รสเค็มไป, เผ็ดไป)</p> <p><input type="checkbox"/> พฤติกรรมก้าวร้าว</p> <p><input type="checkbox"/> พูดซ้ำๆ(พูดเรื่องเดิมๆ)</p> <p><input type="checkbox"/> ซุกซ่อนของ, สะสมของ, ทำของหาย</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....</p> <p>12. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านมีการบาดเจ็บต่อไปนี้หรือไม่ และอะไรบ้าง</p> <p><input type="checkbox"/> หกล้ม จำนวน.....ครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> ตกบันได จำนวน.....ครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> รถยนต์ / จักรยานยนต์ / จักรยานหรือพาหนะอื่น ๆ</p> <p><input type="checkbox"/> กินยาผิด.....</p> <p><input type="checkbox"/> ของมีคมบาดมีเลือดไหลมาก</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคยได้รับบาดเจ็บเลย</p> <p>13. ในกรณีที่ท่านเคยหกล้ม / หรือตกบันได สาเหตุเกิดจาก (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> สะดุดสิ่งของที่วางเกะกะ</p> <p><input type="checkbox"/> ลื่นจากพื้นเปียก แฉะ</p> <p><input type="checkbox"/> พื้นขรุขระไม่เรียบหรือมีขอบสูงทำให้สะดุด</p> <p><input type="checkbox"/> แขนขาอ่อนแรงไปเฉยๆ</p> <p><input type="checkbox"/> หน้ามืด / เวียนศีรษะ / เป็นลม บริเวณที่เกิดเหตุมืด / ไม่สว่าง/ไม่มีไฟ</p> <p><input type="checkbox"/> สัตว์เลี้ยง เช่น แมว / สุนัขวิ่งชนหรือ ขวางทางเดิน</p> <p><input type="checkbox"/> รองเท้าที่สวมใส่ มีพื้นผิวลื่น / ส้นสูง</p> <p><input type="checkbox"/> เสื้อผ้าที่สวมใส่ไม่พอดี</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ(ระบุ).....</p>	<p>10. แหล่งที่มารายได้หลักในปัจจุบัน</p> <p><input type="checkbox"/> กิจการ / การประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/> บุตร / หลาน</p> <p><input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> เงินเหน็จ / บำนาญ</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ค่าเช่า , ดอกเบี้ย ฯลฯ) ระบุ.....</p> <p>11. รายจ่ายครัวเรือนประจำเดือนของท่านด้านต่างๆ ต่อไปนี้</p> <p><input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายทั่วไป ค่าอาหารและของใช้ประจำวันบาท / เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (เช่น ค่ารักษาพยาบาล อาหารเสริม).....บาท / เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายด้านที่อยู่อาศัยบาท/ เดือน</p> <p>12. ค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือนของท่านเป็นอย่างไร</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอ <input type="checkbox"/> พอบ้างไม่พอบ้าง</p> <p><input type="checkbox"/> พอดี <input type="checkbox"/> มีเหลือเก็บ</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....</p> <p>13. สุขภาพเป็นเช่นไร</p> <p><input type="checkbox"/> ต้องการดูแลบ้าง <input type="checkbox"/> ต้องการดูแลเป็นอย่างมาก</p> <p>14. มีโรคประจำตัว</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....</p> <p>15. ปัจจุบันผู้ดูแลท่านยามเจ็บป่วยคือ</p> <p><input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บุตร/หลาน</p> <p><input type="checkbox"/>ญาติ/พี่น้อง <input type="checkbox"/> ว่าจ้างผู้ดูแล</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....</p> <p>16. ท่านเลี้ยงสัตว์ในที่พักอาศัย</p> <p><input type="checkbox"/> ใช่ (ระบุชนิด) <input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p>17. บริเวณเลี้ยงสัตว์เป็นอย่างไร(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> สนามหญ้า <input type="checkbox"/> กรง</p> <p><input type="checkbox"/> ลานพื้นลาดแข็ง <input type="checkbox"/> ได้ต้นไม้</p> <p><input type="checkbox"/> บ่อน้ำ <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....</p>
---	---

<p>14. สถานที่ / ท่านเกิดอุบัติเหตุ หกล้ม/ตกบันได ในบ้าน (เลือกรายการต่อ)</p> <p><input type="checkbox"/> ห้องน้ำ <input type="checkbox"/> ห้องอาบน้ำ <input type="checkbox"/> ห้องครัว</p> <p><input type="checkbox"/> ห้องนั่งเล่น <input type="checkbox"/> ห้องนอน <input type="checkbox"/> ชานบ้าน</p> <p><input type="checkbox"/> บันได <input type="checkbox"/> ใต้ถุนบ้าน</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....</p> <p>นอกบ้าน (เลือกรายการต่อ)</p> <p><input type="checkbox"/> ทางเดินเข้าบ้าน</p> <p><input type="checkbox"/> บริเวณสนาม ส่วนที่พักผ่อน เช่นสวนปลูกต้นไม้</p> <p><input type="checkbox"/> สถานที่อื่น ๆ ที่ไม่ใช่บ้าน</p> <p>(ระบุ).....</p> <p>15. ท่านออกกำลังกาย เพื่อให้สุขภาพแข็งแรงหรือไม่ (ในที่นี้การออกกำลังกาย หมายถึง กิจกรรมที่กระทำ เพื่อมุ่งหวังให้ประโยชน์ต่อสุขภาพร่างกายและทำโดย มีเป้าหมายเพื่อสุขภาพ) (*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ทำ <input type="checkbox"/> ทำ (เลือกรายการต่อ)</p> <p><input type="checkbox"/> มวยจีน/โยคะ <input type="checkbox"/> เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ๆ</p> <p><input type="checkbox"/> รำกระบอง <input type="checkbox"/> ฝึกจักรยาน</p> <p><input type="checkbox"/> เต้นแอโรบิค <input type="checkbox"/> เล่นกีฬา</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p> <p>16. ตำแหน่ง/บริเวณใดที่ท่านใช้เป็นสถานที่ในการออก กำลังกายของท่าน(*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> สถานที่เล่นกีฬา หรือศูนย์บริการออกกำลังกาย เช่น ฟิตเนสเซ็นเตอร์</p> <p><input type="checkbox"/> ในตัวบ้าน ,อาคารสถานที่พัก</p> <p><input type="checkbox"/> สนาม หรือลานบ้าน <input type="checkbox"/> ถนนสาธารณะ</p> <p><input type="checkbox"/> สวนสาธารณะ</p> <p><input type="checkbox"/> สโมสร หรือสนามเฉพาะ</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p>	<p>18. ท่านปลูก / ดูแลสวน หรือต้นไม้ในบริเวณบ้าน หรือที่พักอาศัยของท่านหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> ใช่ (เลือกรายการต่อ)</p> <p><input type="checkbox"/> ทุกวัน <input type="checkbox"/> 2 ครั้ง / สัปดาห์</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ครั้ง / สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 2 ครั้ง / เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ครั้ง / เดือน <input type="checkbox"/> นานกว่านั้น</p> <p>19.ท่านออกกำลังกาย เพื่อให้สุขภาพแข็งแรงหรือไม่ (ในที่นี้การออกกำลังกาย หมายถึง กิจกรรมที่กระทำ เพื่อมุ่งหวังให้ประโยชน์ต่อสุขภาพร่างกายและทำโดย มีเป้าหมายเพื่อสุขภาพ) (*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ทำ <input type="checkbox"/> ทำ (เลือกรายการต่อ)</p> <p><input type="checkbox"/> มวยจีน/โยคะ <input type="checkbox"/> เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ๆ</p> <p><input type="checkbox"/> รำกระบอง <input type="checkbox"/> ฝึกจักรยาน</p> <p><input type="checkbox"/> เต้นแอโรบิค <input type="checkbox"/> เล่นกีฬา</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p> <p>20.ตำแหน่ง/บริเวณใดที่ท่านใช้เป็นสถานที่ในการออก กำลังกายของท่าน(*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> สถานที่เล่นกีฬา หรือศูนย์บริการออกกำลังกาย เช่น ฟิตเนสเซ็นเตอร์</p> <p><input type="checkbox"/> ในตัวบ้าน ,อาคารสถานที่พัก</p> <p><input type="checkbox"/> สนาม หรือลานบ้าน <input type="checkbox"/> ถนนสาธารณะ</p> <p><input type="checkbox"/> สวนสาธารณะ</p> <p><input type="checkbox"/> สโมสร หรือสนามเฉพาะ</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p>
---	---

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

1 ลักษณะการครอบที่อยู่อาศัย

เป็นเจ้าของ เช่า เช่าซื้อ อื่นๆ (ระบุ).....

2. ระยะเวลาการอยู่อาศัย.....ปี

3. ประเภทที่อยู่อาศัยเดิม(กรณีย้ายที่อยู่อาศัย)

บ้านเดี่ยว ทาวน์เฮาส์ อื่นๆ (ระบุ).....

4. ปัจจุบันท่านและผู้พวยอยู่อาศัยอย่างไร

ในหลังเดียวกัน คนละหลังในวันเดียวกัน

คนละหลังในระยะทางใกล้กัน(เดินทางไม่เกิน 30 นาที)

คนละหลังในระยะทางไกลกัน

5. ท่านมีปัญหาที่อยู่อาศัยในเรื่อง พื้นที่ใช้สอย (ห้องน้ำ , ห้องนอน , ฯลฯ)

ไม่มีปัญหา มีปัญหา (ระบุ).....

6. ท่านมีปัญหาที่อยู่อาศัยในเรื่อง สภาพแวดล้อม (อากาศ , เสียง , ความปลอดภัย , เพื่อนบ้าน , ฯลฯ)

ไม่มีปัญหา มีปัญหา (ระบุ).....

7. ท่านมีปัญหาที่อยู่อาศัยในเรื่อง ความสะดวก (การเดินทาง , ตลาด , โรงพยาบาล , สวน ฯลฯ)

ไม่มีปัญหา มีปัญหา (ระบุ).....

8. ท่านมีปัญหาที่อยู่อาศัยในเรื่อง อื่นๆ

ไม่มีปัญหา มีปัญหา (ระบุ).....

9. ท่านใช้เวลาในการทำกิจกรรม(งานอดิเรก)เหล่านี้บ่อยเพียงใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

กิจกรรม / ความถี่	ผู้พวย					ผู้ดูแล				
	ทุก วัน	1-2/ สปด	3-4/ สปด	1-2/ เดือน	ไม่ เคย	ทุก วัน	1-2/ สปด	3-4/ สปด	1-2/ เดือน	ไม่ เคย
1. ทำงานบ้าน										
2. ดูโทรทัศน์ / ดูวิดีโอ										
3. ฟังวิทยุ / ฟังเพลง										
4. อ่านหนังสือ										
5. นั่งพักผ่อน / ชมวิว										
6. นอนพักผ่อน										
7. ทำงาน / กิจการ										
8. ออกกำลังกาย ระบุ.....										
9. ทำงานอดิเรก ระบุ.....										
10. อื่นๆ ระบุ.....										

12. ท่านทำกิจวัตรประจำวันอะไรบ้างในแต่ละวัน

ระบุกิจวัตรประจำวันและกิจกรรม ตั้งแต่ตื่นนอน – เข้านอน

ลำดับ	เวลา	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล
1.	01.00 – 02.00 น.		
2.	02.00 – 03.00 น.		
3.	03.00 – 04.00 น.		
4.	04.00 – 05.00 น.		
5.	05.00 – 06.00 น.		
6.	06.00 – 07.00 น.		
7.	07.00 – 08.00 น.		
8.	08.00 – 09.00 น.		
9.	09.00 – 10.00 น.		
10.	10.00 – 11.00 น.		
11.	11.00 – 12.00 น.		
12.	12.00 – 13.00 น.		
13.	13.00 – 14.00 น.		
14.	14.00 – 15.00 น.		
15.	15.00 – 16.00 น.		
16.	16.00 – 17.00 น.		
17.	17.00 – 18.00 น.		
18.	18.00 – 19.00 น.		
19.	19.00 – 20.00 น.		
20.	20.00 – 21.00 น.		
21.	21.00 – 22.00 น.		
22.	22.00 – 23.00 น.		
23.	23.00 – 24.00 น.		

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านการเตรียมการที่อยู่อาศัย

1. ท่านได้มีการวางแผนเตรียมการด้านที่อยู่อาศัย อย่างไร

.....

2. ลักษณะของเตรียมการด้านที่อยู่อาศัย ท่านคิดว่าจะทำอะไร

1. ปรับปรุง/ต่อเติม 2. สร้างใหม่เพราะมีที่ดินอยู่แล้ว
3. กำลังหาซื้อใหม่(อยู่ระหว่างการออม) 4. อื่นๆ ระบุ

.....

3. ในกรณีที่ท่านวางแผนจะปรับปรุงที่อยู่อาศัยเดิม ส่วนใดของที่อยู่อาศัยที่ท่านคิดจะ ปรับปรุง

(เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- เพิ่มจำนวนชั้น ต่อเติมเพิ่มพื้นที่ใช้สอย
- ปรับปรุงตัวบ้านให้แข็งแรงยิ่งขึ้น ซ่อมแซมเฉพาะส่วนที่พัง
- ปรับปรุงบริเวณภายนอกรอบๆบ้านให้ดีขึ้น เช่น พื้นทางเดิน, สีภายนอก, ที่จอดรถ
- ปรับปรุงภายในตัวบ้านให้ใหม่และดีขึ้น เช่น สีภายใน
4. อื่นๆ ระบุ.....

4. งบประมาณใน การปรับปรุง ที่ท่านประมาณการไว้.....บาท

5. ปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้ท่านต้องการวางแผนที่จะปรับปรุงที่อยู่อาศัยเดิม

- สภาพแวดล้อมที่ดีขึ้น มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
- พื้นที่ใช้สอยภายในบ้าน เหมาะสมต่อการดูแลผู้สูงอายุ
- รูปแบบสวยงามน่าอยู่ 4. อื่นๆ ระบุ

.....

6. พื้นที่ส่วนใดบ้างที่ท่านต้องการให้มีการปรับปรุง เพราะอะไร

- ห้องนอน ห้องน้ำ
- ห้องครัว ห้องรับแขก
- สวนนอกบ้าน 4. อื่นๆ ระบุ.....

7. ในความคิดเห็นของท่านที่พักอาศัยที่เหมาะสมสำหรับท่านและผู้ป่วยควรมีลักษณะอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 5 ข้อมูลลักษณะทางด้านกายภาพของที่อยู่อาศัย

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย / หรือ เติมข้อความ หรือ เติมหมายเลข ลงในช่องว่าง

เกณฑ์	ใช่	ไม่ใช่	รายละเอียด / ลักษณะ
1. ห้องนั่งเล่น			
1.1 อยู่ในตำแหน่งที่ผู้ดูแลมองเห็นได้ง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2 พื้นที่ไม่ใหญ่มากรองรับคนได้ 4-6 คน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3 วัสดุปูพื้นต้องไม่ลื่นและไม่ควรลงแว็กซ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.4 กรณีใช้พรม ควรเลือกใช้พรมสีเรียบมากกว่าใช้พรมที่มีลวดลายสีฉูดฉาด และยึดหรือติดเทปกาวยที่พรมเช็ดเท้า เพื่อป้องกันการลื่นล้ม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.5 ติดตั้งผ้าม่านเพื่อช่วยปรับลดแสงสว่างภายในห้อง และช่วยลดเสียงจากภายนอก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.6 มีระบบปิด-เปิด ประตูที่มั่นคง แน่นหนา ผู้ป่วยไม่สามารถเปิดออกจากบ้านได้โดยง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.7 เฟอร์นิเจอร์ มีความมั่นคงแข็งแรง อยู่ในตำแหน่งที่ได้รับแสงธรรมชาติ มองเห็นได้ชัดเจน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.8 มีการจัดที่นั่งส่งเสริมให้มีกิจกรรมส่งเสริมความทรงจำได้ตัวอย่างกิจกรรมที่สามารถส่งเสริมความทรงจำได้ เช่น งานศิลปะต่างๆ การต่อจิ๊กซอว์ การเล่นเกม การอ่านหนังสือ ฯลฯ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.9 ตกแต่งผนังห้องโดยการติดรูปภาพของครอบครัวและเพื่อน และมีกระดานบันทึกเพื่อช่วยเตือนความจำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.10 จัดเส้นทางเดินให้ผู้ป่วยที่ต้องการเคลื่อนที่โดยมีราวจับที่มั่นคง ระดับการติดตั้งที่เหมาะสม และมีจุดที่ผู้ป่วยสามารถนั่งพัก ค้นพบสิ่งต่างๆที่น่าสนใจได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.11 ความสูงของเก้าอี้นั่ง 50 เซนติเมตร และมีโต๊ะสำหรับวางน้ำดื่มในตำแหน่งที่สังเกตได้ง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.12 สร้างบรรยากาศโดยการเปิดเพลง, ดนตรีคลาสสิก เป็นต้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ห้องนอน			
2.1 ติดตั้งกระดิ่งหรือสัญญาณเตือนบริเวณประตูห้องเพื่อป้องกันการเดินหลงออกสู่ภายนอก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.2 ใช้สีโทนสว่าง และพื้นและผนังควรใช้สีตัดกัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.3 ติดตั้งเครื่องปรับอากาศที่อุณหภูมิ 25 องศา และมีอากาศถ่ายเทสะดวก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.4 ติดตั้งผ้าม่านเพื่อช่วยปรับลดแสงสว่างภายในห้อง และช่วยลดเสียงจากภายนอก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.5 สร้างบรรยากาศ โดยการติดตั้งตู้ปลาแต่ควรจัดหาตำแหน่งให้เหมาะสม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2.6 โต๊ะเครื่องแป้งควรมีเก้าอี้นั่ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7 ควรมีไฟฉายไว้บริเวณหัวเตียง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8 มีที่นั่งข้างเตียง โดยเบาะมีความหนา 2 ซม.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9 ตกแต่งผนังห้องโดยการติดรูปภาพของครอบครัวและเพื่อนๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.10 เตียงควรสูงจากพื้น 55 ซม. ยึดติดกับผนังด้านใดด้านหนึ่งหรือสามารถล็อกได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.11 มีพื้นที่ว่างโดยรอบเตียง 3 ด้าน มีความกว้างอย่างน้อย 90 ซม.2 ด้าน และด้านปลายเตียงกว้าง 150 ซม.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.12 แสงบริเวณเตียงนอนควรเป็นแสงสะท้อนมากกว่าการใช้แสงโดยตรงกับผู้ป่วย และให้ความสว่างทั้งกลางวันและกลางคืน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.13 หน้าต่างควรอยู่ในระดับที่มองเห็นวิว(สวน)ได้เมื่อนั่งเก้าอี้ และติดตั้งอุปกรณ์ล็อกหรือป้องกันการปีนออกนอกห้อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ห้องน้ำ			
3.1 ตำแหน่งห้องน้ำควรอยู่ใกล้กับห้องนอน สามารถมองเห็นได้จากเตียงนอน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 ขนาดของห้องน้ำควรมีความกว้างเพียงพอสำหรับให้ผู้ดูแลเข้าไปช่วยดูแลได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 พื้นห้องน้ำควรมีระดับเดียวกัน ใช้วัสดุปูพื้นที่ไม่ลื่น ใช้สีที่ติดกับผนังและสุขภัณฑ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 พื้นส่วนอาบน้ำควรติดแผ่นยางกันลื่น และใช้ผ้าปูที่นอนส่วนอาบน้ำแทนการใช้กระจก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 มีเก้าอี้นั่งอาบน้ำ ที่มีความแข็งแรงมั่นคง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6 ตู้เก็บของในห้องน้ำควรติดตั้งตัวล็อก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7 ติดตั้งอุปกรณ์กันชนที่นิ่มไว้ตรงขอบปลายต่างๆที่มีความแหลมคม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8 ประตูห้องน้ำไม่ควรมีที่ล็อก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9 ปรับระดับที่นั่งสุขภัณฑ์ให้สูงมากขึ้นกว่าปกติ (50-55 ซม.จากพื้น)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10 ควรใช้เครื่องโถขนาดแบบไร้สายและต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.11 ติดตั้งระบบเปิด-ปิดน้ำอัตโนมัติ และติดตั้งระบบควบคุมอุณหภูมิน้ำอัตโนมัติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.12 ควรปิดกั้นท่อน้ำและสายไฟต่างๆ ที่ไหลออกมาให้เรียบร้อย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.13 ติดตั้งราวจับบริเวณอ่างอาบน้ำและโถที่นั่งสุขภัณฑ์ เพื่อช่วยพยุงตัว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.14 เครื่องใช้ไฟฟ้าควรติดตั้งสายดิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.15 สบู่ควรใช้แบบผูกเชือกติดกับราวจับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.16 ก๊อกน้ำควรใช้เป็นแบบก้านโยก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.17 แสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทได้สะดวก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.18 มีการสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เช่น การเปิดวิทยุ, การใช้น้ำหอม เป็นต้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.19 ฝาที่นั่งของโถสุขภัณฑ์ควรใช้สื่อกันน้ำที่ติดกับตัวสุขภัณฑ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ห้องครัว (สำหรับผู้ป่วยที่ยังช่วยตัวเองได้ หรือการมีกิจกรรมบำบัดผู้ป่วยที่ต้องการให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความทรงจำ)			
4.1 พื้นที่ครัวเป็นพื้นที่ที่ต้องจำกัดการเข้าถึงจากผู้ป่วย การเข้าใช้พื้นที่ต้องมีผู้ดูแลคอยดูแล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 แสงสว่าง และสีสรร ควรมีความสว่างและชัดเจนมากกว่าพื้นที่อื่นๆ โดยอาจติดไฟฟ้าแสงสว่างเหนือเคาน์เตอร์เพื่อช่วยไม่ให้เกิดเงา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 ความสูงของเคาน์เตอร์ควรสูงประมาณ 90 ซม. รถล้อเลื่อนสามารถเข้าใช้พื้นที่ได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 ติดตั้งอุปกรณ์ตัดแก๊ส ตัดไฟอัตโนมัติ ตั้งเวลาปิดได้ตามเวลาที่ตั้งไว้ได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5 เฟอร์นิเจอร์ไม่มีมุมเหลี่ยม หรือมุมแหลม ควรเป็นแบบโค้ง มน หรือติดตั้งค้ำกันกระแทก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6 ผู้เก็บของใช้สำหรับผู้ป่วยควรเป็นผู้เก็บของได้เคาน์เตอร์ และควรติดป้ายสัญลักษณ์บอกชื่อ เช่น ช้อน, จาน เป็นต้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7 ติดตั้งตัวล็อกสำหรับตู้เก็บของอันตราย เช่น สารเคมีที่เป็นพิษ, ของมีคม เป็นต้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8 เก็บซ่อนขยะให้พ้นมือผู้ป่วย โดยอยู่ในตำแหน่งที่สังเกตเห็นได้ยาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9 ติดตั้งเครื่องตัดน้ำอัตโนมัติ, เครื่องจับควันไฟ (แต่ไม่ควรใกล้เตามากนัก)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ห้องรับประทานอาหาร			
5.1 ห้องอาหารควรมองเห็นจากห้องรับแขก หรือห้องพักผ่อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 การจัดพื้นที่ที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารเองได้ เป็นกลุ่มย่อย 2-6 คน ภายใต้การดูแล ตามกำลังความสามารถ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 การตกแต่งห้องควรแตกต่างกับห้องอื่นๆ โดยไม่ควรติดป้ายสัญลักษณ์หรือรูปภาพต่างๆที่อาจสร้างความสับสนให้กับผู้ป่วยได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4 ไม่มีเสียงรบกวนจากภายนอก และอากาศควรถ่ายเทได้สะดวก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5 ระดับความสูงของโต๊ะอาหารควรสูงพอที่จะนั่งรับประทานอาหาร โดยมีความสูงประมาณ 90	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ชม. และขาโต๊ะไม่เป็นอุปสรรคในการใช้รถ ล้อเลื่อน		
5.6 ผ้าคลุมโต๊ะ และผ้ารองจานควรใช้สีที่ตัดกัน เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นอาหารได้ชัดเจนยิ่งขึ้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7 เก้าอี้รับประทานอาหารควรมีที่พนักแขน ไม่ควรใช้เก้าอี้โน้มเนื่องจากไม่เหมาะต่อการนั่ง รับประทานอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. สวนภายนอกและพื้นที่กลางแจ้ง			
6.1 อยู่ในตำแหน่งที่ผู้ดูแลสามารถมองเห็นได้ทั่ว ทั้งบริเวณ ไม่เป็นมุมอับ และควรเชื่อมกับพื้นที่ รับประทานอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 ติดตั้งทางลาด กรณีพื้นมีความต่างระดับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 ติดตั้งตัวล็อกประตูรั้ว และสัญญาณเตือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 ติดตั้งไฟฟ้าแสงสว่างทั้งกลางวัน, กลางคืน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5 วัสดุปูพื้นควรเป็นชนิดไม่ลื่น พื้นทางเดินและ ลานภายนอกอาคารควรใช้สีที่ตัดกัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6 บันไดควรมีราวจับ และติดแถบกันลื่นสะท้อน แสงในแต่ละขั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7 พื้นที่อันตราย เช่น สระน้ำ หรือสวนที่ปลูก ต้นไม้ที่มีลักษณะเป็นหนาม ควรมีรั้วกัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.8 ตำแหน่งทางเดินในสวนควรเป็นแบบเดินวน กลับมาที่เดิม โดยทางเดินไม่ควรเดินออกไปที่ ประตูรั้วออกสู่ภายนอกอาคาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.9 ตกแต่งสวนโดยใช้เครื่องใช้เดิมของผู้ป่วย เช่น จักรยาน ม้านั่ง นำมาติดตั้งให้มั่นคงเป็น กิจกรรมกระตุ้นความทรงจำได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.10 ภายในสวนควรมีบ่อเลี้ยงปลา หรือบ่อน้ำพุ เพื่อสร้างกิจกรรมและช่วยกระตุ้นความจำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.11 มีพื้นที่นั่งพักผ่อน โดยทำหลังคาบังกัน แสงแดดให้กับผู้ป่วย ขนาดของเก้าอี้ควรมี ขนาด กว้าง 45 ซม. ยาว 120 ซม. สูง 50 ซม.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.12 ควรปลูกต้นไม้ที่มีความสูงระยะ 30-60 ซม. เพื่อสร้างกิจกรรมและความสนใจให้กับผู้ป่วยได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ทางเดินภายในบ้าน			
7.1 ความกว้างของโถงทางเดินต้องไม่แคบ หรือ กว้างเกินไป ควรกว้างประมาณ 90 -150 ซม.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2 มีราวจับ ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 3-4 ซม. ยึด กับผนังให้แข็งแรง สูงจากพื้นประมาณ 80 ซม.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3 มีป้าย หรือรูปภาพ ที่บอกเส้นทางไปยังพื้นที่ ส่วนต่างๆ ปรากฏชัดเจน เห็นได้โดยง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

รายละเอียดพื้นที่ใช้สอย

1. ห้องนั่งเล่น	2. ห้องนอน
ปัญหา/เสนอแนะ.....	ปัญหา/เสนอแนะ.....
3. ห้องน้ำ	4. ห้องครัว
ปัญหา/เสนอแนะ.....	ปัญหา/เสนอแนะ.....
5. ห้องรับประทานอาหาร	6. สวนภายนอก
ปัญหา/เสนอแนะ.....	ปัญหา/เสนอแนะ.....
7. ทางเดิน	8. อื่น ๆ
ปัญหา/เสนอแนะ.....	ปัญหา/เสนอแนะ.....

ส่วนที่ 2

เอกสารรับรองจริยธรรม



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 กทม. 10400
โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๒/๑๕๗๐

ชื่อโครงการ สภาการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมประเภทบ้านเดี่ยว
กรณีศึกษาสมาชิกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย

เลขที่โครงการ/รหัส ID ๐๗-๕๒-๓๗ บ

ชื่อหัวหน้าโครงการ นายชนันต์ แสงสีดา

ที่ทำงาน ภาควิชาเคหการ
คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติฯ เสดซึ่งก
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

ลงนาม

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์กรพัฒนากุล)

วันที่รับรอง

๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๒



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

**Documentary Proof of Ethical Clearance Committee on Human Rights
Related to Researches Involving Human Subjects
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University**

MURA2009/1570

Title of Project	Living Condition of Elderly with Dementia at Home a Case Study of the Alzheimer's Disease and Related Disorder Association Elderly
Protocol Number	ID 07-52-37
Principal Investigator	Mr. Chanun Sangsida
Official Address	Department of Housing Faculty of Architecture Chulalongkorn University

The aforementioned project has been reviewed and approved by Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Secretary Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects Assoc. Prof. Duangrurdee Wattanasirichaigoon, M.D.
--	---

Signature of Chairman Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects Prof. Boonsong Ongphiphadhanakul, M.D.
---	---

Date of Approval	November 20, 2009
-------------------------	-------------------

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 ถนนพระราม 6 กทม. 10400
 โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233
 Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
 Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
 Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

ที่ จาก ๒๐๒๑/๒๕๕๒๑

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๒

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

เรียน นายชนันต์ แสงสีหา

อ้างถึงโครงการวิจัยเรื่อง การทำการวิจัยของบุคลากรที่มีภาวะสมองเสื่อมประเภทที่รุนแรง กรณีศึกษาสมาชิกสมาคม ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย

หมายเลขโครงการวิจัย ID ๐๘-๖๒-๐๘-๒

ในนามของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ขอแสดงความยินดีที่โครงการวิจัยดังกล่าวข้างต้นของท่าน ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการฯ แล้ว

เพื่อให้สอดคล้องกับระเบียบปฏิบัติ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ว่าด้วยการศึกษารวบรวมข้อมูลและการทดลอง ในมนุษย์ พ.ศ. ๒๕๑๘ คณะกรรมการฯ ขอให้ท่านถือปฏิบัติต่อไปตามข้อแนะนำดังต่อไปนี้

๑. การดำเนินการวิจัยจะต้องเป็นไปตามโครงการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว
๒. การดำเนินการวิจัยจะต้องไม่เปลี่ยนแปลงไปจากโครงการวิจัยหรือมีการเปลี่ยนแปลงการวิจัยก่อนที่ทราบถึงที่ประชุมคณะกรรมาธิการจริยธรรมการวิจัยในคนก่อน ยกเว้นในกรณีจำเป็นที่จะต้องกระทำไปก่อนเพื่อขจัดอันตรายเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมคนให้ทำวิจัย
๓. ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงชื่อโครงการจากชื่อเดิมที่เสนอไว้ ต่อคณะกรรมการฯ ดังกล่าวข้างต้น คณะกรรมการฯ จะต้องออกหนังสือรับรองให้เสนอ
๔. ผู้เข้าร่วมคนให้ทำวิจัยจะต้องได้รับเอกสารที่จะชี้แจงรายละเอียดแก่ผู้เข้าร่วมคนให้ทำวิจัย (Patient/Participant Information Sheet) และขณะนั้นในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและยินยอม (Informed Consent Form) ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย
๕. ในเอกสารที่จะชี้แจงรายละเอียดแก่ผู้เข้าร่วมคนให้ทำวิจัย (Patient's Information Sheet) จะต้องพิมพ์ข้อความดังต่อไปนี้ไว้ด้วยทุกครั้ง

" ท่านท่านมีชื่อชื่อของหรือมีความเกี่ยวข้องกับวิจัยดำเนินการวิจัยของโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อได้ที่ ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีแห่งของจริยธรรมการวิจัยในคนชั้น ๒ สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสภากาชาด โทรที่ ๐๒-๒๖๖ ๕๕๕๕ โทรสาร ๒๖๖ "

๖. ความดีความชอบผู้เข้าร่วมคนให้ทำวิจัย จะส่งถูกปฏิบัติโดยคณะกรรมการฯ นั้นถือว่าเป็นคำสั่งที่ความถูกต้อง

สุดท้ายนี้ ขอให้โครงการวิจัยของท่านประสบความสำเร็จตามความมุ่งหมายขอเป็นอันดีด้วยความเอาใจใส่จากทางเจ้าหน้าที่งานวิชาการ และเพื่อประโยชน์ของมนุษยชาติสืบต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์นายแพทย์ อรรถสิทธิ์ วัฒนกุล)
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



ส่วนที่ 3
ค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยในแต่ละกรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาวัสดุ		ค่าแรงงาน		รวมค่าวัสดุ และค่าแรงงาน
				หน่วยละ	จำนวนเงิน	หน่วยละ	จำนวนเงิน	
หมวดงานรีดลอน								
1	ทูลสกัดพื้น คสล. และผนังคสล.	8.00	ตรม	-		100.00	800.00	800.00
2	รีดโถสุขภัณฑ์ ประตู หน้าต่าง	4.00	ตรม	-		100.00	400.00	400.00
หมวดงานพื้น								
1	กระเบื้องปูพื้นห้องน้ำ ขนาด 8"×8" ชนิดไม่ลื่น	4.20	ตรม	265.00	1,113.00	120.00	504.00	1,617.00
2	พื้นทางลาดทำผิวทรายล้าง	3.20	ตรม	200.00	640.00	60.00	192.00	832.00
หมวดงานผนัง								
1	ผนังก่ออิฐฉาบผิวเต็มแผ่น ฉาบเรียบทาสี	4.00	ตรม	420.00	1,680.00	180.00	720.00	2,400.00
2	ผนังก่ออิฐฉาบผิวเต็มแผ่น กรูกระเบื้อง 8"×8"	4.00	ตรม	550.00	2,200.00	300.00	1,200.00	3,400.00
หมวดงานบันได และทางลาด								
1	ราวจับบันได สแตนเลส ขนาด 1 1/2" ติดตั้งสูงจากพื้น 0.80 เมตร	4.00	เมตร	300.00	1,200.00	150.00	600.00	1,800.00
หมวดงานสุขภัณฑ์								
1	อ่างล้างหน้าแบบแขวนผนัง	1.00	ชุด	1,350.00	1,350.00	300.00	300.00	1,650.00
2	ราวพวยแบบโยกขึ้น - ลง (HR-1112-2UD:WATSON) ติดตั้งสูงจากพื้น 0.70 เมตร	1.00	ชุด	5,500.00	5,500.00	60.00	60.00	5,560.00
หมวดงานประตู								
1	ประตูบานเลื่อนเดี่ยวขนาดกว้าง 1.20 เมตร พร้อมอุปกรณ์	1.00	ชุด	8,000.00	8,000.00	800.00	800.00	8,800.00
หมวดอุปกรณ์ และเครื่องมือสำหรับผู้ป่วย								
1	ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ	1.00	ชุด	4,500.00	4,500.00	-	-	4,500.00
2	เก้าอี้แบบมีพนักแขน และหลัง	1.00	ชุด	3,500.00	3,500.00	-	-	3,500.00
							รวม	35,259.00

กรณีศึกษาที่ 2

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาวัสดุ		ค่าแรงงาน		รวมค่าวัสดุ
				หน่วยละ	จำนวนเงิน	หน่วยละ	จำนวนเงิน	และค่าแรงงาน
หมวดงานรีดถอน								
1	ทุบสกัดพื้น คสล. และผนังคสล.	10.00	ตรม	-		100.00	1,000.00	1,000.00
2	รีดโถงสุขภัณฑ์ ประตู หน้าต่าง	4.00	ตรม	-		100.00	400.00	400.00
หมวดงานพื้น								
1	กระเบื้องปูพื้นห้องน้ำ ขนาด 8"x8" ชนิดไม่ลื่น	3.20	ตรม	265.00	848.00	120.00	384.00	1,232.00
2	พื้นทางลาดทำผิวทรายล้าง	2.00	ตรม	200.00	400.00	60.00	120.00	520.00
หมวดงานผนัง								
1	ผนังก่ออิฐมวลเติมแผ่น ฉาบเรียบทาสี	4.00	ตรม	420.00	1,680.00	180.00	720.00	2,400.00
2	ผนังก่ออิฐมวลเติมแผ่น กวกระเบื้อง 8"x8"	4.00	ตรม	550.00	2,200.00	300.00	1,200.00	3,400.00
หมวดงานบันได และทางลาด								
1	ราวจับบันได สแตนเลส ขนาด 1 1/2" ติดตั้งสูงจากพื้น 0.80 เมตร	4.00	เมตร	300.00	1,200.00	150.00	600.00	1,800.00
หมวดงานสุขภัณฑ์								
1	ราวพยุงแบบโยกขึ้น - ลง (HR-1112-2UD:WATSON) ติดตั้งสูงจากพื้น 0.70 เมตร	1.00	ชุด	5,500.00	5,500.00	60.00	60.00	5,560.00
หมวดงานประตู								
1	ประตูบานเปิดเดี่ยวขนาดกว้าง 0.90 เมตร พร้อมอุปกรณ์	2	ชุด	6,000	12,000.00	600	1,200.00	13,200.00
หมวดงานตกแต่งภูมิทัศน์ภายนอก งานสถาปัตย์								
1	กระบะหินทราย/ที่นั่งพัก	1.00	ชุด	2,000	2,000.00	2,000	2,000.00	4,000.00
2	พื้นคอนกรีตเสริมลวดขนาด 0.3x0.3 ม.	4.00	ตรม	700	2,800.00	300	1,200.00	4,000.00
3	แผ่นหินทราย 0.3x0.6 ม.	8.00	แผ่น	70	560.00	30	240.00	800.00
4	กรวดสีน้ำตาล พร้อมปูแผ่นรอง	4.00	ตรม	500	2,000.00	215	860.00	2,860.00
พืชพรรณไม้								
1	เฟินแต่งสวน	2.00	ตรม	1,000	2,000.00	400	800.00	2,800.00
2	อะโกลนีมา	2.00	ต้น	500	1,000.00	200	400.00	1,400.00
3	จันทน์แดง 3กิ่ง 1.5 ม.	1.00	ต้น	2,500	2,500.00	1,000	1,000.00	3,500.00
4	เดยหอม	20.00	ต้น	20	400.00	10	200.00	600.00
5	พุดกุหลาบ ดอกหอม	5.00	ต้น	300	1,500.00	120	600.00	2,100.00
6	พองี้ที่มีน้อด	10.00	ต้น	15	150.00	60	600.00	750.00
							รวม	52,322.00

กรณีศึกษาที่ 3

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาวัสดุ		ค่าแรงงาน		รวมค่าวัสดุ
				หน่วยละ	จำนวนเงิน	หน่วยละ	จำนวนเงิน	และค่าแรงงาน
หมวดงานรีดถอน								
1	ทูลสกัดพื้น คสล. และผนังคสล.	4.00	ตรม	-		100.00	400.00	400.00
2	รีดโถสุขภัณฑ์ ประตู หน้าต่าง	2.00	ตรม	-		100.00	200.00	200.00
หมวดงานพื้น								
1	กระเบื้องปูพื้นห้องน้ำ ขนาด 8"x8" ชนิดไม่ลื่น	3.20	ตรม	265.00	848.00	120.00	384.00	1,232.00
2	พื้นทางลาดทำผิวทรายล้าง	4.00	ตรม	200.00	800.00	60.00	240.00	1,040.00
หมวดงานผนัง								
1	ผนังก่ออิฐมวลเบาเต็มแผ่น กวกระเบื้อง 8"x8"	4.00	ตรม	550.00	2,200.00	300.00	1,200.00	3,400.00
หมวดงานบันได และทางลาด								
1	ราวจับบันได สเตนเลส ขนาด 1 1/2" ติดตั้งสูงจากพื้น 0.80 เมตร	8.00	เมตร	300.00	2,400.00	150.00	1,200.00	3,600.00
หมวดงานสุขภัณฑ์								
1	ราวพยุงแบบโยกขึ้น - ลง (HR-1112-2UD:WATSON) ติดตั้งสูงจากพื้น 0.70 เมตร	1.00	ชุด	5,500.00	5,500.00	60.00	60.00	5,560.00
หมวดงานประตู								
1	ประตูบานเปิดเดี่ยวขนาดกว้าง 0.90 เมตร พร้อมอุปกรณ์	1.00	ชุด	6,000	6,000.00	600	600.00	6,600.00
หมวดงานระบบปรับอากาศ								
1	เครื่องปรับอากาศชนิดติดผนัง 12,000 บีทียู	1.00	เครื่อง	20,000	20,000.00	3,000	3,000.00	23,000.00
2	พัดลมระบายอากาศ แบบติดผนัง	1.00	เครื่อง	880	880.00	310	310.00	1,190.00
หมวดงานตกแต่งภูมิทัศน์ภายนอก								
งานสถาปัตยกรรม								
1	กระบะหินทราย/ที่นั่งพัก	1.00	ชุด	2,000	2,000.00	2,000	2,000.00	4,000.00
2	พื้นคอนกรีตเสริมลวดขนาด 0.3x0.3 ม.	4.00	ตรม	700	2,800.00	300	1,200.00	4,000.00
3	แผ่นหินทราย 0.3x0.6 ม.	8.00	แผ่น	70	560.00	30	240.00	800.00
4	กรวดสีน้ำตาล พร้อมปูแผ่นรอง	4.00	ตรม	500	2,000.00	215	860.00	2,860.00
5	แผง lattice/diamond 1x2ม. ของ winsor(จัดสวนแนวตั้ง)	2.00	ชุด	3,000	6,000	100	200.00	6,200.00
พืชพรรณไม้								
1	ต้นไม้ลาวตีดอกแดง 1.5ม.	2.00	ต้น	4,000	8,000	1,800	3,600.00	11,600.00
							รวม	75,682.00

กรณีศึกษาที่ 4

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาวัสดุ		ค่าแรงงาน		รวมค่าวัสดุ และค่าแรงงาน
				หน่วยละ	จำนวนเงิน	หน่วยละ	จำนวนเงิน	
หมวดงานสุขภัณฑ์								
1	อ่างล้างหน้าแบบแขวนผนัง	1.00	ชุด	1,350.00	1,350.00	300.00	300.00	1,650.00
2	ราวพุงแบบโยกขึ้น - ลง (HR-1112-2UD:WATSON) ติดตั้งสูงจากพื้น 0.70 เมตร	1.00	ชุด	5,500.00	5,500.00	60.00	60.00	5,560.00
หมวดอุปกรณ์ และเครื่องมือสำหรับผู้ป่วย								
1	ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ	1.00	ชุด	4,500.00	4,500.00	-	-	4,500.00
2	เก้าอี้แบบมีพนักแขน และหลัง	1.00	ชุด	3,500.00	3,500.00	-	-	3,500.00
หมวดงานตกแต่งภูมิทัศน์ภายนอก งานสถาปัตย์								
1	กระเบื้องหินทราย/ที่นั่งพัก	1.00	ชุด	2,000	2,000.00	2,000	2,000.00	4,000.00
2	พื้นคอนกรีตเสริมลายนขนาด 0.3x0.3 ม.	30.00	ตรม	700	21,000.00	300	9,000.00	30,000.00
3	อ่างน้ำพุ แบบไซรร์รอง	2.00	ชิ้น	1,200	2,400.00	510	1,020.00	3,420.00
							รวม	52,630.00

กรณีศึกษาที่ 5

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาวัสดุ		ค่าแรงงาน		รวมค่าวัสดุ และค่าแรงงาน
				หน่วยละ	จำนวนเงิน	หน่วยละ	จำนวนเงิน	
หมวดงานบันได และทางลาด								
1	ราวจับบันได สแตนเลส ขนาด 1 1/2" ติดตั้งสูงจากพื้น 0.80 เมตร	4.00	เมตร	300.00	1,200.00	150.00	600.00	1,800.00
หมวดงานสุขภัณฑ์								
1	อ่างล้างหน้าแบบแขวนผนัง	1.00	ชุด	1,350.00	1,350.00	300.00	300.00	1,650.00
2	ราวพุงแบบโยกขึ้น - ลง (HR-1112-2UD:WATSON) ติดตั้งสูงจากพื้น 0.70 เมตร	1.00	ชุด	5,500.00	5,500.00	60.00	60.00	5,560.00
หมวดงานประตู								
1	ประตูบานเลื่อนเดี่ยวขนาดกว้าง 1.20 เมตร พร้อมอุปกรณ์	2.00	ชุด	8,000.00	16,000.00	800.00	1,600.00	17,600.00
หมวดอุปกรณ์ และเครื่องมือสำหรับผู้ป่วย								
1	เก้าอี้แบบมีพนักแขน และหลัง	2.00	ชุด	3,500.00	7,000.00	-	-	7,000.00
หมวดงานตกแต่งภูมิทัศน์ภายนอก งานสถาปัตย์								
1	กระเบื้องหินทราย/ที่นั่งพัก	1.00	ชุด	2,000	2,000.00	2,000	2,000.00	4,000.00
2	พื้นคอนกรีตเสริมลายนขนาด 0.3x0.3 ม.	6.00	ตรม	700	4,200.00	300	1,800.00	6,000.00
3	อ่างน้ำพุ แบบไซรร์รอง	2.00	ชิ้น	1,200	2,400.00	510	1,020.00	3,420.00
							รวม	47,030.00

กรณีศึกษาที่ 6

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาวัสดุ		ค่าแรงงาน		รวมค่าวัสดุ
				หน่วยละ	จำนวนเงิน	หน่วยละ	จำนวนเงิน	และค่าแรงงาน
	หมวดงานรีดถอน							
1	ทูลสกัดพื้น คสล. และผนังคสล.	4.00	ตรม	-		100.00	400.00	400.00
2	รีดโถสูบก้อนๆ ประดู หน้าต่าง	4.00	ตรม	-		100.00	400.00	400.00
	หมวดงานพื้น							
1	กระเบื้องปูพื้นห้องน้ำ ขนาด 8"x8" ชนิดไม่ลื่น	6.00	ตรม	265.00	1,590.00	120.00	720.00	2,310.00
2	พื้นทางลาดทำผิวทรายล้าง	1.00	ตรม	200.00	200.00	60.00	60.00	260.00
	หมวดงานผนัง							
1	ผนังก่ออิฐมวลเติมแผ่น ฉาบเรียบทาสี	6.00	ตรม	420.00	2,520.00	180.00	1,080.00	3,600.00
2	ผนังก่ออิฐมวลเติมแผ่น กวกระเบื้อง 8"x8"	4.00	ตรม	550.00	2,200.00	300.00	1,200.00	3,400.00
	หมวดงานบันได และทางลาด							
1	ราวจับบันได สแตนเลส ขนาด 1 1/2" ติดตั้งสูงจากพื้น 0.80 เมตร	4.00	เมตร	300.00	1,200.00	150.00	600.00	1,800.00
	หมวดงานสุขภัณฑ์							
1	อ่างล้างหน้าแบบแขวนผนัง	1.00	ชุด	1,350.00	1,350.00	300.00	300.00	1,650.00
2	ราวพุงแบบโยกขึ้น - ลง (HR-1112-2UD:WATSON) ติดตั้งสูงจากพื้น 0.70 เมตร	2.00	ชุด	5,500.00	11,000.00	60.00	120.00	11,120.00
	หมวดงานประตู							
1	ประตูบานเลื่อนเดี่ยวขนาดกว้าง 1.20 เมตร พร้อมอุปกรณ์	2.00	ชุด	8,000.00	16,000.00	800.00	1,600.00	17,600.00
	หมวดอุปกรณ์ และเครื่องมือสำหรับผู้ช่วย							
1	พื้นอลูมิเนียมป้องกันแผลกดทับ	1.00	ชุด	4,500.00	4,500.00	-	-	4,500.00
2	เก้าอี้แบบมีพนักแขน และหลัง	1.00	ชุด	3,500.00	3,500.00	-	-	3,500.00
	หมวดงานตกแต่งภูมิทัศน์ภายนอก							
	งานสถาปัตย์							
1	กระเบื้องหินทราย/ที่นั่งพัก	1.00	ชุด	2,000	2,000.00	2,000	2,000.00	4,000.00
2	พื้นคอนกรีตเสริมลวดขนาด 0.3x0.3 ม.	6.00	ตรม	700	4,200.00	300	1,800.00	6,000.00
							รวม	60,540.00

ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรณีศึกษาที่ 7

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาวัสดุ		ค่าแรงงาน		รวมค่าวัสดุ และค่าแรงงาน
				หน่วยละ	จำนวนเงิน	หน่วยละ	จำนวนเงิน	
1	หมวดงานบันได และทางลาด ราวจับบันได สเตนเลส ขนาด 1 1/2" ติดตั้งสูงจากพื้น 0.80 เมตร	3.00	เมตร	300.00	900.00	150.00	450.00	1,350.00
1	หมวดงานสุขภัณฑ์ ราวพุงแบบโยกขึ้น - ลง (HR-1112-2UD:WATSON) ติดตั้งสูงจากพื้น 0.70 เมตร	1.00	ชุด	5,500.00	5,500.00	60.00	60.00	5,560.00
1	หมวดงานประตู ประตูบานเลื่อนเดี่ยวขนาดกว้าง 1.20 เมตร พร้อมอุปกรณ์	2.00	ชุด	8,000.00	16,000.00	800.00	1,600.00	17,600.00
1	หมวดอุปกรณ์ และเครื่องมือสำหรับผู้ป่วย เก้าอี้แบบมีพนักแขน และหลัง	2.00	ชุด	3,500.00	7,000.00	-	-	7,000.00
1	หมวดงานตกแต่งภูมิทัศน์ภายนอก งานสถาปัตย์	1	กระเบื้องหินทรายที่นั้งพัก	2,000	2,000.00	2,000	2,000.00	4,000.00
2		พื้นคอนกรีตเสริมลวดขนาด 0.3x0.3 ม.	700	10,500.00	300	4,500.00	15,000.00	
							รวม	50,510.00

กรณีศึกษาที่ 10

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาวัสดุ		ค่าแรงงาน		รวมค่าวัสดุ และค่าแรงงาน	
				หน่วยละ	จำนวนเงิน	หน่วยละ	จำนวนเงิน		
1	หมวดงานสุขภัณฑ์ อ่างล้างหน้าแบบแขวนผนัง	1.00	ชุด	1,350.00	1,350.00	300.00	300.00	1,650.00	
2		ราวพุงแบบโยกขึ้น - ลง (HR-1112-2UD:WATSON) ติดตั้งสูงจากพื้น 0.70 เมตร	1.00	ชุด	5,500.00	5,500.00	60.00	60.00	5,560.00
1	หมวดอุปกรณ์ และเครื่องมือสำหรับผู้ป่วย ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ	1.00	ชุด	4,500.00	4,500.00	-	-	4,500.00	
2		เก้าอี้แบบมีพนักแขน และหลัง	1.00	ชุด	3,500.00	3,500.00	-	-	3,500.00
1	หมวดงานตกแต่งภูมิทัศน์ภายนอก งานสถาปัตย์	2.00	ชุด	2,000	4,000.00	2,000	4,000.00	8,000.00	
2		พื้นคอนกรีตเสริมลวดขนาด 0.3x0.3 ม.	30.00	ตรม	700	21,000.00	300	9,000.00	30,000.00
3		อ่างน้ำพุ แบบใช้วีรื่อง	2.00	ชิ้น	1,200	2,400.00	510	1,020.00	3,420.00
							รวม	56,630.00	

กรณีศึกษาที่ 8

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาวัสดุ		ค่าแรงงาน		รวมค่าวัสดุ และค่าแรงงาน
				หน่วยละ	จำนวนเงิน	หน่วยละ	จำนวนเงิน	
หมวดงานรื้อถอน								
1	ทุบสกัดพื้น คสล. และผนังคสล.	6.00	ตรม	-		100.00	600.00	600.00
2	รื้อโถสุขภัณฑ์ ประตู หน้าต่าง	4.00	ตรม	-		100.00	400.00	400.00
หมวดงานพื้น								
1	กระเบื้องปูพื้นห้องน้ำ ขนาด 8"x8" ชนิดไม่ลื่น	3.20	ตรม	265.00	848.00	120.00	384.00	1,232.00
2	พื้นทางลาดทำผิวทรายล้าง	4.00	ตรม	200.00	800.00	60.00	240.00	1,040.00
หมวดงานผนัง								
1	ผนังก่ออิฐมวลเติมแผ่น กรุกระเบื้อง 8"x8"	4.00	ตรม	550.00	2,200.00	300.00	1,200.00	3,400.00
หมวดงานบันได และทางลาด								
1	ราวจับบันได สแตนเลส ขนาด 1 1/2" ติดตั้งสูงจากพื้น 0.80 เมตร	8.00	เมตร	300.00	2,400.00	150.00	1,200.00	3,600.00
หมวดงานสุขภัณฑ์								
1	ราวพยุงแบบโยกขึ้น - ลง (HR-1112-2UD:WATSON) ติดตั้งสูงจากพื้น 0.70 เมตร	1.00	ชุด	5,500.00	5,500.00	60.00	60.00	5,560.00
หมวดงานประตู								
1	ประตูบานเปิดเดี่ยวขนาดกว้าง 0.90 เมตร พร้อมอุปกรณ์	1.00	ชุด	6,000	6,000.00	600	600.00	6,600.00
หมวดงานระบบปรับอากาศ								
1	พัดลมระบายอากาศ แบบติดผนัง	1.00	เครื่อง	880	880.00	310	310.00	1,190.00
หมวดงานตกแต่งภูมิทัศน์ภายนอก								
<u>งานสถาปัตยกรรม</u>								
1	กระบะหินทรายที่นั่งพัก	1.00	ชุด	2,000	2,000.00	2,000	2,000.00	4,000.00
2	พื้นคอนกรีตเสริมลายนขนาด 0.3x0.3 ม.	4.00	ตรม	700	2,800.00	300	1,200.00	4,000.00
3	แผ่นหินทราย 0.3x0.6 ม.	8.00	แผ่น	70	560.00	30	240.00	800.00
4	กรวดสีน้ำตาล พร้อมปูแผ่นรอง	4.00	ตรม	500	2,000.00	215	860.00	2,860.00
5	แผง lattice/diamond 1x2ม. ของ winsor(จัดสวนแนวตั้ง)	2.00	ชุด	3,000	6,000	100	200.00	6,200.00
<u>พืชพรรณไม้</u>								
1	ต้นไม้ลาวาติดตกแต่ง 1.5ม.	3.00	ต้น	4,000	12,000	1,800	5,400.00	17,400.00
							รวม	58,882.00

กรณีศึกษาที่ 9

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาวัสดุ		ค่าแรงงาน		รวมค่าวัสดุ และค่าแรงงาน
				หน่วยละ	จำนวนเงิน	หน่วยละ	จำนวนเงิน	
หมวดงานรีดถอน								
1	ทูลสกัดพื้น คสล. และผนังคสล.	4.00	ตรม	-		100.00	400.00	400.00
2	รีดโถสูบก้อน ปรืดู หน้าต่าง	4.00	ตรม	-		100.00	400.00	400.00
หมวดงานพื้น								
1	กระเบื้องปูพื้นห้องน้ำ ขนาด 8x8" ชนิดไม่ลื่น	6.00	ตรม	265.00	1,590.00	120.00	720.00	2,310.00
2	พื้นทางลาดทำผิวทรายล้าง	1.00	ตรม	200.00	200.00	60.00	60.00	260.00
หมวดงานผนัง								
1	ผนังก่ออิฐมวลเติมแผ่น ฉาบเรียบทาสี	6.00	ตรม	420.00	2,520.00	180.00	1,080.00	3,600.00
2	ผนังก่ออิฐมวลเติมแผ่น กวกระเบื้อง 8x8"	4.00	ตรม	550.00	2,200.00	300.00	1,200.00	3,400.00
หมวดงานบันได และทางลาด								
1	ราวจับบันได สแตนเลส ขนาด 1 1/2" ติดตั้งสูงจากพื้น 0.80 เมตร	4.00	เมตร	300.00	1,200.00	150.00	600.00	1,800.00
หมวดงานสุขภัณฑ์								
1	อ่างล้างหน้าแบบแขวนผนัง	1.00	ชุด	1,350.00	1,350.00	300.00	300.00	1,650.00
2	ราวพุงแบบโยกขึ้น - ลง (HR-1112-2UD-WATSON) ติดตั้งสูงจากพื้น 0.70 เมตร	2.00	ชุด	5,500.00	11,000.00	60.00	120.00	11,120.00
หมวดงานประตู								
1	ประตูบานเลื่อนเดี่ยวขนาดกว้าง 1.20 เมตร พร้อมอุปกรณ์	2.00	ชุด	8,000.00	16,000.00	800.00	1,600.00	17,600.00
หมวดอุปกรณ์ และเครื่องมือสำหรับผู้ป่วย								
1	ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ	1.00	ชุด	4,500.00	4,500.00	-	-	4,500.00
2	เก้าอี้แบบมีพนักแขน และหลัง	1.00	ชุด	3,500.00	3,500.00	-	-	3,500.00
หมวดงานตกแต่งภูมิทัศน์ภายนอก งานสถาปัตย์								
1	กระเบื้องหินทราย/ที่นั่งพัก	1.00	ชุด	2,000	2,000.00	2,000	2,000.00	4,000.00
2	พื้นคอนกรีตเสริมลวดขนาด 0.3x0.3 ม.	12.00	ตรม	700	8,400.00	300	3,600.00	12,000.00
							รวม	66,540.00

ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรณีศึกษาที่ 11

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาวัสดุ		ค่าแรงงาน		รวมค่าวัสดุ และค่าแรงงาน
				หน่วยละ	จำนวนเงิน	หน่วยละ	จำนวนเงิน	
หมวดงานรีดถอน								
1	ทูลสกัดพื้น คสล. และผนังคสล.	8.00	ตรม	-		100.00	800.00	800.00
2	รีดโถสุขภัณฑ์ ประตู ผนังต่าง	4.00	ตรม	-		100.00	400.00	400.00
หมวดงานพื้น								
1	กระเบื้องปูพื้นห้องน้ำ ขนาด 8"x8" ชนิดไม่ลื่น	4.00	ตรม	265.00	1,060.00	120.00	480.00	1,540.00
2	พื้นทางลาดทำผิวทรายล้าง	1.00	ตรม	200.00	200.00	60.00	60.00	260.00
หมวดงานผนัง								
1	ผนังก่ออิฐมวลเติมแผ่น ฉาบเรียบทาสี	4.00	ตรม	420.00	1,680.00	180.00	720.00	2,400.00
2	ผนังก่ออิฐมวลเติมแผ่น กรูกระเบื้อง 8"x8"	4.00	ตรม	550.00	2,200.00	300.00	1,200.00	3,400.00
หมวดงานบันได และทางลาด								
1	ราวจับบันได สแตนเลส ขนาด 1 1/2" ติดตั้งสูงจากพื้น 0.80 เมตร	4.00	เมตร	300.00	1,200.00	150.00	600.00	1,800.00
หมวดงานสุขภัณฑ์								
1	ราวพุงแบบโยกขึ้น - ลง (HR-1112-2UD:WATSON) ติดตั้งสูงจากพื้น 0.70 เมตร	1.00	ชุด	5,500.00	5,500.00	60.00	60.00	5,560.00
หมวดงานประตู								
1	ประตูบานเปิดเดี่ยวขนาดกว้าง 0.90 เมตร พร้อมอุปกรณ์	2.00	ชุด	6,000	12,000.00	600	1,200.00	13,200.00
หมวดงานตกแต่งภูมิทัศน์ภายนอก								
งานสถาปัตยกรรม								
1	กระบะหินทราย/ที่นั่งพัก	1.00	ชุด	2,000	2,000.00	2,000	2,000.00	4,000.00
2	พื้นคอนกรีตเสริมลวดขนาด 0.3x0.3 ม.	4.00	ตรม	700	2,800.00	300	1,200.00	4,000.00
3	แผ่นหินทราย 0.3x0.6 ม.	8.00	แผ่น	70	560.00	30	240.00	800.00
4	กรวดสีน้ำตาล พร้อมปูแผ่นรอง	4.00	ตรม	500	2,000.00	215	860.00	2,860.00
5	อ่างน้ำพุ แบบโซวีร็อง	1.00	ชิ้น	1,200	1,200	510	510.00	1,710.00
พืชพรรณไม้								
1	เฟินแต่งสวน	2.00	ตรม	1,000	2,000.00	400	800.00	2,800.00
2	อะโกลนีมา	2.00	ต้น	500	1,000.00	200	400.00	1,400.00
3	จันทน์ แบบแตกกิ่ง 1.5 ม.	1.00	ต้น	2,500	2,500.00	1,000	1,000.00	3,500.00
4	เดยหอม	20.00	ต้น	20	400.00	10	200.00	600.00
5	พุดกุหลาบ ดอกหอม	5.00	ต้น	300	1,500.00	120	600.00	2,100.00
6	พอเก้มีนีออด	10.00	ต้น	15	150.00	60	600.00	750.00
							รวม	53,880.00

กรณีศึกษาที่ 12

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาวัสดุ		ค่าแรงงาน		รวมค่าวัสดุ และค่าแรงงาน
				หน่วยละ	จำนวนเงิน	หน่วยละ	จำนวนเงิน	
หมวดงานรื้อถอน								
1	ทุบสกัดพื้น คสล. และผนังคสล.	4.00	ตรม	-		100.00	400.00	400.00
2	รื้อโถสุขภัณฑ์ ประตู หน้าต่าง	4.00	ตรม	-		100.00	400.00	400.00
หมวดงานพื้น								
1	กระเบื้องปูพื้นห้องน้ำ ขนาด 8"x8" ชนิดไม่ลื่น	6.00	ตรม	265.00	1,590.00	120.00	720.00	2,310.00
2	พื้นทางลาดทำผิวทรายล้าง	1.00	ตรม	200.00	200.00	60.00	60.00	260.00
หมวดงานผนัง								
1	ผนังก่ออิฐมวลเติมแผ่น ฉาบเรียบทาสี	6.00	ตรม	420.00	2,520.00	180.00	1,080.00	3,600.00
2	ผนังก่ออิฐมวลเติมแผ่น กรูกระเบื้อง 8"x8"	4.00	ตรม	550.00	2,200.00	300.00	1,200.00	3,400.00
หมวดงานบันได และทางลาด								
1	ราวจับบันได สแตนเลส ขนาด 1 1/2" ติดตั้งสูงจากพื้น 0.80 เมตร	4.00	เมตร	300.00	1,200.00	150.00	600.00	1,800.00
หมวดงานสุขภัณฑ์								
1	อ่างล้างหน้าแบบแขวนผนัง	1.00	ชุด	1,350.00	1,350.00	300.00	300.00	1,650.00
2	ราวพุงแบบโยกขึ้น - ลง (HR-1112-2UD-WATSON) ติดตั้งสูงจากพื้น 0.70 เมตร	2.00	ชุด	5,500.00	11,000.00	60.00	120.00	11,120.00
หมวดงานประตู								
1	ประตูบานเลื่อนเดี่ยวขนาดกว้าง 1.20 เมตร พร้อมอุปกรณ์	2.00	ชุด	8,000.00	16,000.00	800.00	1,600.00	17,600.00
หมวดอุปกรณ์ และเครื่องมือสำหรับผู้ป่วย								
1	ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ	1.00	ชุด	4,500.00	4,500.00	-	-	4,500.00
2	เก้าอี้แบบมีพนักแขน และหลัง	1.00	ชุด	3,500.00	3,500.00	-	-	3,500.00
หมวดงานตกแต่งภูมิทัศน์ภายนอก งานสถาปัตย์								
1	กระเบื้องหินทรายที่นึ่งพัก	1.00	ชุด	2,000	2,000.00	2,000	2,000.00	4,000.00
2	พื้นคอนกรีตเสริมลวดขนาด 0.3x0.3 ม.	6.00	ตรม	700	4,200.00	300	1,800.00	6,000.00
							รวม	60,540.00

ศูนย์เวชศาสตร์พยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรณีศึกษาที่ 13

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาวัสดุ		ค่าแรงงาน		รวมค่าวัสดุ และค่าแรงงาน
				หน่วยละ	จำนวนเงิน	หน่วยละ	จำนวนเงิน	
หมวดงานสุขภัณฑ์								
1	อ่างล้างหน้าแบบแขวนผนัง	1.00	ชุด	1,350.00	1,350.00	300.00	300.00	1,650.00
2	ราวพุงแบบโยกขึ้น - ลง (HR-1112-2UD:WATSON) ติดตั้งสูงจากพื้น 0.70 เมตร	1.00	ชุด	5,500.00	5,500.00	60.00	60.00	5,560.00
หมวดอุปกรณ์ และเครื่องมือสำหรับผู้ป่วย								
1	ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ	1.00	ชุด	4,500.00	4,500.00	-	-	4,500.00
2	เก้าอี้แบบมีพนักแขน และหลัง	1.00	ชุด	3,500.00	3,500.00	-	-	3,500.00
หมวดงานตกแต่งภูมิทัศน์ภายนอก งานสถาปัตยกรรม								
1	กระเบื้องหินทรายที่นึ่งพัก	1.00	ชุด	2,000	2,000.00	2,000	2,000.00	4,000.00
2	พื้นคอนกรีตเสริมลวดขนาด 0.3x0.3 ม.	15.00	ตรม	700	10,500.00	300	4,500.00	15,000.00
3	อ่างน้ำพุ แบบโซวีรื่อง	2.00	ชิ้น	1,200	2,400.00	510	1,020.00	3,420.00
							รวม	37,630.00

กรณีศึกษาที่ 15

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาวัสดุ		ค่าแรงงาน		รวมค่าวัสดุ และค่าแรงงาน
				หน่วยละ	จำนวนเงิน	หน่วยละ	จำนวนเงิน	
หมวดงานสุขภัณฑ์								
1	อ่างล้างหน้าแบบแขวนผนัง	1.00	ชุด	1,350.00	1,350.00	300.00	300.00	1,650.00
2	ราวพุงแบบโยกขึ้น - ลง (HR-1112-2UD:WATSON) ติดตั้งสูงจากพื้น 0.70 เมตร	1.00	ชุด	5,500.00	5,500.00	60.00	60.00	5,560.00
หมวดอุปกรณ์ และเครื่องมือสำหรับผู้ป่วย								
1	ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ	1.00	ชุด	4,500.00	4,500.00	-	-	4,500.00
2	เก้าอี้แบบมีพนักแขน และหลัง	2.00	ชุด	3,500.00	7,000.00	-	-	7,000.00
หมวดงานตกแต่งภูมิทัศน์ภายนอก งานสถาปัตยกรรม								
1	กระเบื้องหินทรายที่นึ่งพัก	1.00	ชุด	2,000	2,000.00	2,000	2,000.00	4,000.00
2	พื้นคอนกรีตเสริมลวดขนาด 0.3x0.3 ม.	8.00	ตรม	700	5,600.00	300	2,400.00	8,000.00
3	อ่างน้ำพุ แบบโซวีรื่อง	2.00	ชิ้น	1,200	2,400.00	510	1,020.00	3,420.00
							รวม	34,130.00

กรณีศึกษาที่ 14

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาวัสดุ		ค่าแรงงาน		รวมค่าวัสดุ และค่าแรงงาน
				หน่วยละ	จำนวนเงิน	หน่วยละ	จำนวนเงิน	
หมวดงานรีดลอน								
1	ทูลสกัดพื้น คสล. และผนังคสล.	10.00	ตรม	-		100.00	1,000.00	1,000.00
2	รีดโกลุขภัณฑ์ ประตู หน้าต่าง	8.00	ตรม	-		100.00	800.00	800.00
หมวดงานพื้น								
1	กระเบื้องปูพื้นห้องน้ำ ขนาด 8"x8" ชนิดไม่ลื่น	4.00	ตรม	265.00	1,060.00	120.00	480.00	1,540.00
2	พื้นทางลาดทำผิวทรายล้าง	2.00	ตรม	200.00	400.00	60.00	120.00	520.00
หมวดงานผนัง								
1	ผนังก่ออิฐมวลเติมแผ่น ฉาบเรียบทาสี	8.00	ตรม	420.00	3,360.00	180.00	1,440.00	4,800.00
2	ผนังก่ออิฐมวลเติมแผ่น กรูกระเบื้อง 8"x8"	4.00	ตรม	550.00	2,200.00	300.00	1,200.00	3,400.00
หมวดงานบันได และทางลาด								
1	ราวจับบันได สแตนเลส ขนาด 1 1/2" ติดตั้งสูงจากพื้น 0.80 เมตร	8.00	เมตร	300.00	2,400.00	150.00	1,200.00	3,600.00
หมวดงานสุขภัณฑ์								
1	ราวพุงแบบโยกขึ้น - ลง (HR-1112-2UD:WATSON) ติดตั้งสูงจากพื้น 0.70 เมตร	1.00	ชุด	5,500.00	5,500.00	60.00	60.00	5,560.00
หมวดงานประตู								
1	ประตูบานเปิดเดี่ยวขนาดกว้าง 0.90 เมตร พร้อมอุปกรณ์	2.00	ชุด	6,000	12,000.00	600	1,200.00	13,200.00
หมวดงานตกแต่งภูมิทัศน์ภายนอก								
<u>งานสถาปัตยกรรม</u>								
1	กระเบื้องหินทรายที่นั้งพัก	1.00	ชุด	2,000	2,000.00	2,000	2,000.00	4,000.00
2	พื้นคอนกรีตเสริมลายนขนาด 0.3x0.3 ม.	4.00	ตรม	700	2,800.00	300	1,200.00	4,000.00
3	แผ่นหินทราย 0.3x0.6 ม.	8.00	แผ่น	70	560.00	30	240.00	800.00
4	กรวดสีน้ำตาล พร้อมปูแผ่นรอง	4.00	ตรม	500	2,000.00	215	860.00	2,860.00
5	อ่างน้ำพุ แบบไซวีร์รอง	1.00	ชิ้น	1,200	1,200	510	510.00	1,710.00
<u>พืชพรรณไม้</u>								
1	เฟินแดงสวน	2.00	ตรม	1,000	2,000.00	400	800.00	2,800.00
2	อะโกลนีมา	2.00	ต้น	500	1,000.00	200	400.00	1,400.00
3	จันผา แบบแตกกิ่ง 1.5 ม.	1.00	ต้น	2,500	2,500.00	1,000	1,000.00	3,500.00
4	เดยหอม	20.00	ต้น	20	400.00	10	200.00	600.00
5	พุดกุหลาบ ดอกหอม	5.00	ต้น	300	1,500.00	120	600.00	2,100.00
6	พองเกี๋ยงเนื้อ	10.00	ต้น	15	150.00	60	600.00	750.00
							รวม	58,940.00

กรณีศึกษาที่ 16

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาวัสดุ		ค่าแรงงาน		รวมค่าวัสดุ และค่าแรงงาน
				หน่วยละ	จำนวนเงิน	หน่วยละ	จำนวนเงิน	
1	หมวดงานบันได และทางลาด ราวจับบันได สแตนเลส ขนาด 1 1/2" ติดตั้งสูงจากพื้น 0.80 เมตร	6.00	เมตร	300.00	1,800.00	150.00	900.00	2,700.00
1	หมวดงานสุขภัณฑ์ ราวพุงแบบโยกขึ้น - ลง (HR-1112-2UD:WATSON) ติดตั้งสูงจากพื้น 0.70 เมตร	1.00	ชุด	5,500.00	5,500.00	60.00	60.00	5,560.00
1	หมวดงานประตู ประตูบานเลื่อนเดี่ยวขนาดกว้าง 1.20 เมตร พร้อมอุปกรณ์	2.00	ชุด	8,000.00	16,000.00	800.00	1,600.00	17,600.00
1	หมวดอุปกรณ์ และเครื่องมือสำหรับผู้ป่วย เก้าอี้แบบมีพนักแขน และหลัง	2.00	ชุด	3,500.00	7,000.00	-	-	7,000.00
1	หมวดงานตกแต่งภูมิทัศน์ภายนอก งานสถาปัตยกรรม กระเบื้องหินทรายที่นั่งพัก	1.00	ชุด	2,000	2,000.00	2,000	2,000.00	4,000.00
							รวม	36,860.00

กรณีศึกษาที่ 17

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาวัสดุ		ค่าแรงงาน		รวมค่าวัสดุ และค่าแรงงาน
				หน่วยละ	จำนวนเงิน	หน่วยละ	จำนวนเงิน	
1	หมวดงานรื้อถอน ทุบสกัดพื้น คสล. และผนังคสล.	4.00	ตรม	-		100.00	400.00	400.00
1	หมวดงานพื้น กระเบื้องปูพื้นห้องน้ำ ขนาด 8"x8" ชนิดไม่ลื่น	3.20	ตรม	265.00	848.00	120.00	384.00	1,232.00
2	พื้นทางลาดทำผิวทรายล้าง	4.00	ตรม	200.00	800.00	60.00	240.00	1,040.00
1	หมวดงานผนัง ผนังก่ออิฐฉาบปูนเสริมแผ่น กวกระเบื้อง 8"x8"	4.00	ตรม	550.00	2,200.00	300.00	1,200.00	3,400.00
1	หมวดงานสุขภัณฑ์ ราวพุงแบบโยกขึ้น - ลง (HR-1112-2UD:WATSON) ติดตั้งสูงจากพื้น 0.70 เมตร	1.00	ชุด	5,500.00	5,500.00	60.00	60.00	5,560.00
1	หมวดงานประตู ประตูบานเปิดเดี่ยวขนาดกว้าง 0.90 เมตร พร้อมอุปกรณ์	1.00	ชุด	6,000	6,000.00	600	600.00	6,600.00
2	หมวดงานระบบปรับอากาศ พัดลมระบายอากาศ แบบติดผนัง	1.00	เครื่อง	880	880.00	310	310.00	1,190.00
							รวม	19,422.00

กรณีศึกษาที่ 18

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาวัสดุ		ค่าแรงงาน		รวมค่าวัสดุ และค่าแรงงาน
				หน่วยละ	จำนวนเงิน	หน่วยละ	จำนวนเงิน	
	หมวดงานรีดถอน							
1	ทาบสกัดพื้น คสล. และผนังคสล.	8.00	ตรม	-		100.00	800.00	800.00
2	รีดโถงขุภังค์ ประตู หน้าต่าง	8.00	ตรม	-		100.00	800.00	800.00
	หมวดงานพื้น							
1	กระเบื้องปูพื้นห้องน้ำ ขนาด 8"x8" ชนิดไม่ลื่น	8.00	ตรม	265.00	2,120.00	120.00	960.00	3,080.00
2	พื้นทางลาดทำผิวทรายล้าง	1.00	ตรม	200.00	200.00	60.00	60.00	260.00
	หมวดงานผนัง							
1	ผนังก่ออิฐฉาบผิวเต็มแผ่น ขาบเรียบทาสี	4.00	ตรม	420.00	1,680.00	180.00	720.00	2,400.00
2	ผนังก่ออิฐฉาบผิวเต็มแผ่น กวักกระเบื้อง 8"x8"	4.00	ตรม	550.00	2,200.00	300.00	1,200.00	3,400.00
	หมวดงานบันได และทางลาด							
1	ราวจับบันได สแตนเลส ขนาด 1 1/2" ติดตั้งสูงจากพื้น 0.80 เมตร	6.00	เมตร	300.00	1,800.00	150.00	900.00	2,700.00
	หมวดงานสุขภัณฑ์							
1	อ่างล้างหน้าแบบแขวนผนัง	1.00	ชุด	1,350.00	1,350.00	300.00	300.00	1,650.00
2	ราวพุงแบบโยกขึ้น - ลง (HR-1112-2UD:WATSON) ติดตั้งสูงจากพื้น 0.70 เมตร	2.00	ชุด	5,500.00	11,000.00	60.00	120.00	11,120.00
	หมวดงานประตู							
1	ประตูบานเลื่อนเดี่ยวขนาดกว้าง 1.20 เมตร พร้อมอุปกรณ์	2.00	ชุด	8,000.00	16,000.00	800.00	1,600.00	17,600.00
	หมวดอุปกรณ์ และเครื่องมือสำหรับผู้ป่วย							
1	ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ	1.00	ชุด	4,500.00	4,500.00	-	-	4,500.00
2	เก้าอี้แบบมีพนักแขน และหลัง	2.00	ชุด	3,500.00	7,000.00	-	-	7,000.00
							รวม	55,310.00

กรณีศึกษาที่ 19

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาวัสดุ		ค่าแรงงาน		รวมค่าวัสดุ และค่าแรงงาน
				หน่วยละ	จำนวนเงิน	หน่วยละ	จำนวนเงิน	
หมวดงานสุขภัณฑ์								
1	อ่างล้างหน้าแบบแขวนผนัง	1.00	ชุด	1,350.00	1,350.00	300.00	300.00	1,650.00
2	ราวพุงแบบโยกขึ้น - ลง (HR-1112-2UD:WATSON) ติดตั้งสูงจากพื้น 0.70 เมตร	1.00	ชุด	5,500.00	5,500.00	60.00	60.00	5,560.00
หมวดอุปกรณ์ และเครื่องมือสำหรับผู้ป่วย								
1	ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ	1.00	ชุด	4,500.00	4,500.00	-	-	4,500.00
2	เก้าอี้แบบมีพนักแขน และหลัง	2.00	ชุด	3,500.00	7,000.00	-	-	7,000.00
หมวดงานบันได และทางลาด								
1	ราวจับบันได สแตนเลส ขนาด 1 1/2" ติดตั้งสูงจากพื้น 0.80 เมตร	6.00	เมตร	300.00	1,800.00	150.00	900.00	2,700.00
หมวดงานตกแต่งภูมิทัศน์ภายนอก								
งานสถาปัตยกรรม								
1	กระบะหินทรายที่นั่งพัก	1.00	ชุด	2,000	2,000.00	2,000	2,000.00	4,000.00
2	พื้นคอนกรีตเสริมลวดขนาด 0.3x0.3 ม.	30.00	ตรม	700	21,000.00	300	9,000.00	30,000.00
							รวม	55,410.00

กรณีศึกษาที่ 20

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาวัสดุ		ค่าแรงงาน		รวมค่าวัสดุ และค่าแรงงาน
				หน่วยละ	จำนวนเงิน	หน่วยละ	จำนวนเงิน	
หมวดงานรีดลอน								
1	ทูปสกัดพื้น คสล. และผนังคสล.	10.00	ตรม	-	-	100.00	1,000.00	1,000.00
2	รีดโกลุขภัณฑ์ ประตู หน้าต่าง	4.00	ตรม	-	-	100.00	400.00	400.00
หมวดงานพื้น								
1	กระเบื้องปูพื้นห้องน้ำ ขนาด 8"x8" ชนิดไม่ลื่น	3.20	ตรม	265.00	848.00	120.00	384.00	1,232.00
2	พื้นทางลาดทำผิวทรายล้าง	6.00	ตรม	200.00	1,200.00	60.00	360.00	1,560.00
หมวดงานผนัง								
1	ผนังก่ออิฐอมูญเต็มแผ่น ฉาบเรียบทาสี	4.00	ตรม	420.00	1,680.00	180.00	720.00	2,400.00
2	ผนังก่ออิฐอมูญเต็มแผ่น กุกระเบื้อง 8"x8"	4.00	ตรม	550.00	2,200.00	300.00	1,200.00	3,400.00
หมวดงานบันได และทางลาด								
1	ราวจับบันได สแตนเลส ขนาด 1 1/2" ติดตั้งสูงจากพื้น 0.80 เมตร	4.00	เมตร	300.00	1,200.00	150.00	600.00	1,800.00
หมวดงานสุขภัณฑ์								
1	ราวพุงแบบโยกขึ้น - ลง (HR-1112-2UD:WATSON) ติดตั้งสูงจากพื้น 0.70 เมตร	1.00	ชุด	5,500.00	5,500.00	60.00	60.00	5,560.00
หมวดงานประตู								
1	ประตูบานเปิดเดี่ยวขนาดกว้าง 0.90 เมตร พร้อมอุปกรณ์	2.00	ชุด	6,000	12,000.00	600	1,200.00	13,200.00
							รวม	30,552.00

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายชนันต์ แสงสีดา

เกิด วันที่ 13 ธันวาคม 2523

การศึกษา สถาปัตยกรรมศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร ปีการศึกษา 2547

ทุนการศึกษา ทุนสมาคม RECU ประจำปีการศึกษา 2552

ทุนสนับสนุนผลงานศึกษาทางวิชาการ ในระดับอุดมศึกษา สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ประจำปี พ.ศ. 2553

ประวัติการทำงาน

2548-2550 พนักงานบริษัท Open space & Stonehenge Co.,Ltd.

ตำแหน่งสถาปนิก

2547-2548 พนักงานบริษัท IBCA Architect

ตำแหน่งสถาปนิก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย